

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N^o

179

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Par **Marguerite BOHN**

Née le 18 juillet 1899 à Paris (Seine)

MORTALITÉ INFANTILE

ET

PLACEMENT DU NOURRISSON

SÉPARÉ DE SA MÈRE

CENTRES DE PLACEMENT FAMILIAL SURVEILLÉ

Président : COUVELAIRE, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1929

151

MORTALITÉ INFANTILE
ET PLACEMENT
DU NOURRISSON SÉPARÉ DE SA MÈRE
CENTRES DE PLACEMENT FAMILIAL SURVEILLÉ



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Par Marguerite BOHN

Née le 18 juillet 1899 à Paris (Seine)

MORTALITÉ INFANTILE

ET

PLACEMENT DU NOURRISSON

SÉPARÉ DE SA MÈRE

CENTRES DE PLACEMENT FAMILIAL SURVEILLÉ

Président : COUVELAIRE, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	N...
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'an-	
céphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILLEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE .	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN. . . .	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN . . .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
BROCC	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène
DOGNON	Physique.
DONZELOT . . .	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique .
FIESSINGER . . .	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expériment ¹⁶ .
GATELLIER . . .	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER .	Urologie.
HOVELACQUE . .	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri) ..	Chimie biologique.
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LÉVY-SOLAL ..	Obstétrique.
LHERMITTE ...	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
MERCIER (F.) ..	Pharmacologie.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PHILIBERT	Bactériologie.
OLIVIER	Anatomie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils...	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphili- graphie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur) ..	Pathologie médicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
RETTERER . . . Histologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		
ALGLAVE		Clinique chirurgicale.
AUVRAY		Clinique médicale.
CHEVASSU		Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE		Clinique obstétricale.
LE LORIER	...	Clinique chirurgicale.
LÉRI		Clinique médicale.
MOCQUOT		Clinique chirurgicale.
PROUST		Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	...	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.		
MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes maîtres dans les Hôpitaux :

Stage.

- MM. LE PROFESSEUR WIDAL (*in memoriam*) (1921-22);
LE PROFESSEUR BROCA (*in memoriam*) (1921-22);
LE PROFESSEUR BEZANÇON 1922-23) ;

External.

- MM. LE DOCTEUR HUBER (1923-24) ;
LE DOCTEUR ARROU (1923-24) ;
LE DOCTEUR FREDET (1923-24) ;
LE PROFESSEUR MARFAN (1924-25) ;
LE DOCTEUR DARRE (1924-25) ;
LE DOCTEUR GUILLEMOT (1925-26) ;
LE PROFESSEUR COUVELAIRE (1926-27) ;
LE PROFESSEUR GOSSET (1927-28) ;

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

*Professeur de Clinique obstétricale à
la Faculté de Médecine ; accoucheur de
la Clinique Baudelocque.*

Membre de l'Académie de Médecine.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR RIBADEAU-DUMAS

Médecin de l'Hospice de la Salpêtrière.

A tous ceux qui m'ont aidée pour cet ouvrage :

M. le D^r ARMAND DELILLE ; M^{me} le D^r BESSON ; M. CALMETTE ;
M. le D^r CHAPIN ; M^{lle} le D^r DENIS ; M. DESCHATRE, direc-
teur des Enfants Assistés ; M^{me} DUBOST ; M^{me} GONSE-BOAS ;
M. le D^r JANET ; M^{me} LORTHIOIS ; M. MOINE ; M^{lle} PICQUENET ;
M^{me} ZIMMERN.

en témoignage de ma reconnaissance.

MORTALITÉ INFANTILE

ET PLACEMENT

DU NOURRISSON SÉPARÉ DE SA MÈRE

CENTRES DE PLACEMENT FAMILIAL SURVEILLÉ

Introduction

La grande diminution du nombre des naissances fait comprendre l'importance de la lutte contre la mortalité infantile : s'il y a peu d'enfants, qu'il en meure le moins possible !

Les meilleurs moyens de lutter contre la mortalité du jeune enfant sont, de l'avis unanime, l'allaitement et les soins maternels; il faudra donc tout essayer pour que l'enfant ne soit pas séparé de sa mère; mais il y a des cas nombreux où cette séparation dans notre état social actuel est difficilement évitable, et la question qui se pose alors est d'élever le mieux possible les enfants ainsi séparés. Toutes les institutions s'occupant d'enfants séparés de leur mère ne sont que des pis aller; cependant il semble, à l'heure actuelle, que les Centres de placement familial surveillé réalisent le mieux la lutte contre la mortalité de cette catégorie d'enfants.

Nous étudierons d'abord le placement du nourrisson chez une nourrice isolée, qui est le mode le plus habituel et le plus ancien, nous verrons les gros inconvénients qu'il présente; nous parlerons ensuite des pouponnières, et nous verrons enfin ce qu'est un centre de placement familial surveillé et quels sont les moyens dont il dispose pour diminuer la mortalité des enfants du premier âge, séparés de leur mère.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu général sur les rapports de la Natalité et de la Mortalité Infantile en France et à l'Étranger.

LA NATALITÉ

La natalité dans presque tous les pays d'Europe est en décroissance régulière et continue; en effet, le coefficient moyen de natalité par 10.000 habitants a été en France :

de 1871 à 1880.....	339
de 1901 à 1910.....	285
en 1926.....	188
en 1927.....	182

En Alsace-Lorraine de 1872 à 1922 la natalité a baissé de 350 à 220. (OUALID.)

Et cependant la natalité a moins diminué en France que dans la plupart des autres pays. (P. STRAUSS.)

En Grande-Bretagne, le coefficient de natalité en 1926 a été de 178.

En Allemagne de 195 (ce qui représente 66.000 naissances de moins qu'en 1925, mais correspond cependant à une augmentation de la population de 491.366 habitants; en 1876 le coefficient de natalité était de 409; en 1920 de 259.

LA MORTALITÉ

S'il est vrai que la natalité a beaucoup diminué, la mortalité, de 0 à 1 an a beaucoup baissé également; le nombre des décès de 0 à 1 an par 1.000 naissances vivantes est passé :

En France	(de 1870 à 1925)	de 178	à 89
En Angleterre	»	de 157	à 75
En Suède	»	de 134	à 55
En Italie	»	de 221	à 127
En Allemagne	(de 1905 à 1925)	de 199	à 105
En Espagne	(de 1885 à 1925)	de 192	à 149
Aux Etats-Unis....	(de 1920 à 1925)	de 85,9	à 72 •

A New-York.....	(de 1920 à 1926)	de 85 à 68
Aux Pays-Bas.....	(de 1920 à 1925)	de 72,8 à 49
En Egypte	(de 1920 à 1923)	de 143 à 136
Au Caire	(de 1920 à 1923)	de 253 à 236

La Nouvelle-Zélande atteint le minimum avec 40 en 1925 (1).

D'après des chiffres fournis par M. LE BEAU, directeur de l'Hygiène de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, en 1893 il y a eu en France 868.000 décès, dont 151.000 avant 1 an, soit 172 p. mille décès; et en 1923, 667.000 décès, dont 73.000 avant 1 an, soit 109 p. mille décès.

En 30 ans, le pourcentage de mortalité pour les tout-petits, a donc diminué de 40 p. 100.

Mais en 1926 on note une grosse augmentation des décès, due probablement à l'été très chaud.

Alors qu'en 1925 il y avait eu 68.367 décès de 0 à 1 an, pour 768.963 naissances, soit 8,9 p. 100; en 1926 il y a eu 74.698 décès de 0 à 1 an pour 766.226 naissances, soit 9,75 p. 100.

Il est intéressant également de noter que dans l'ensemble, le nombre des mort-nés a aussi diminué en France :

En 1913	43	pour 1.000 naissances
En 1920	45	— —
En 1925	39,4	— —
En 1926	38,5	— —

Mais par contre le nombre des avortements provoqués, autant qu'on peut en juger aurait beaucoup augmenté; pour le P^r BAL-THAZARD, le chiffre des avortements atteindrait 185.000 par an en France (environ 3 fois plus que d'enfants envoyés en nourrice).

EXCÉDENT DES NAISSANCES

Cependant, bien que les statistiques de mortalité infantile soient dans l'ensemble très encourageantes, l'excédent des naissances sur les décès laisse beaucoup à désirer, et est inquiétant par sa décroissance rapide d'année en année, et particulièrement pour la France.

Depuis 1920 l'excédent des naissances sur les décès n'a fait que diminuer :

En 1920, l'excédent a été de 41 pour 10.000 habitants; en

(1) Ces chiffres sont ceux fournis par le Congrès général de l'Enfance (Genève 1925) et par le Comité national de la Défense contre la tuberculose en 1926. Ils ont été vérifiés et contrôlés par comparaison avec d'autres statistiques.

1926, il n'a plus été que de 13 p. 1.000; ces chiffres sont éloquentes (en 1926, la mortalité a été de 175 p. 10.000, la natalité a été de 188 p. 10.000).

L'Office National d'hygiène sociale a dressé une carte de la France qui indique le rapport entre les naissances et les décès dans chaque département, on y voit qu'en 1926 sur 90 départements 41 ont eu un excédent de décès.

En 1922, en Alsace-Lorraine l'excédent des naissances était de 99 alors qu'il n'était que de 26 pour les autres départements et 85 pour l'Allemagne. (QUALID.)

En Allemagne l'excédent des naissances a beaucoup diminué, mais n'atteint pas des chiffres aussi bas qu'en France, de 1920 à 1925 il est passé de 108 à 86.

En Italie, pour la même période, l'excédent est passé de 131 à 109.

En Angleterre, de 131 à 62.

Si nous comparons la France et l'Allemagne, nous voyons que l'accroissement de la population est 6,6 fois plus rapide en Allemagne. L'accroissement en Angleterre est 4,8 fois plus rapide qu'en France.

D'après un rapport de M. Paul STRAUSS à l'Académie de médecine en janvier 1928, de 1851 à 1921, la population de la France a augmenté de moins de 10 p. 100, alors qu'elle a augmenté de 57 p. 100 en Italie, de 67 p. 100 en Belgique, et de plus de 100 p. 100 en Angleterre et en Prusse.

La France se laisse donc beaucoup distancer par ses voisins, ce qui constitue un danger réel.

Pour remédier à cet état de choses, il y a deux problèmes à poser et à résoudre :

1° à quelles causes est due la diminution du nombre des naissances;

2° à quelles causes est due la grande mortalité infantile?

CHAPITRE II

Causes de la Diminution du nombre des Naissances

Les causes de la diminution du nombre des naissances sont nombreuses et presque toutes sont d'ordre social : tout d'abord, et surtout, il y a les difficultés croissantes de l'existence, la cherté de la vie qui n'est pas en rapport avec les salaires et qui conduit indirectement à la restriction volontaire; beaucoup de foyers ne veulent pas d'enfants parce qu'ils ont trop de peine à les élever. La vie étant difficile et le désir de bien-être ayant certainement beaucoup augmenté, la femme dans presque tous les milieux se trouve obligée de travailler, et le plus souvent de travailler au dehors (en Allemagne, 40 p. 100 des femmes travaillent). Le travail de la femme est un obstacle à la création d'un foyer normal, et la naissance de l'enfant devient une calamité; on l'évite donc autant que possible... Outre le travail de la femme il y a la crise des logements; malgré les efforts faits pour la construction d'immeubles pour les familles nombreuses, toutes les familles pourvues d'enfants ne peuvent s'y loger et ont une peine infinie à trouver une habitation, surtout dans les grandes villes; beaucoup de ménages, principalement dans la classe ouvrière, vivent à l'hôtel, dans des conditions déplorables; et dans beaucoup de ces hôtels on n'accepte pas les ménages avec enfants. Il y a encore dans les milieux plus aisés, la difficulté de trouver des domestiques, et leur prix élevé; autrefois les ménages jouissant d'une aisance moyenne avaient toujours une bonne; actuellement ils ont une femme de ménage quelques heures par jour. Ajoutons à cela les lourds impôts, et on comprendra aisément que les enfants deviennent pour leurs parents une charge considérable. Il ne faut pas non plus oublier parmi les causes qui entrent en ligne de compte, le désir de liberté de la femme, l'égoïsme, et aussi la diminution du sens moral et du sentiment religieux qui font que, l'enfant étant peu désiré, les avortements provoqués sont nombreux et cela dans tous les milieux. D'autre part, les guerres et menaces de guerre entravent toujours beaucoup la natalité. Il faut enfin remarquer que l'histoire de toutes les nations enregistre une diminution de la fécondité en rapport avec la civilisation. En France, 21 p. 100 des ménages n'ont pas d'enfant, 27 p. 100 en ont un seul. (VEIL-PICARD.)

CHAPITRE III

Moyens de lutter contre la diminution du nombre des Naissances.

Contre toutes les causes que nous avons rapidement envisagées l'action n'est guère facile; c'est la société tout entière qu'il faudrait remanier.

Les campagnes de propagande faites pour encourager les foyers à procréer beaucoup d'enfants dans un but patriotique, n'ont pas beaucoup de succès.

Les primes de natalité, les secours de toutes sortes aux femmes enceintes et nourrices, les mutualités maternelles, les dégrèvements d'impôts, les caisses de compensation, toutes les œuvres pour les familles nombreuses etc., tout en étant très utiles pour aider les mères à élever leurs enfants, ou pour les encourager à nourrir, ne sont pas suffisantes, et ne compensent en aucune façon les frais qu'occasionnent l'élevage des enfants.

La répression des avortements pourrait être plus efficace qu'elle ne l'est actuellement; les avorteurs sont rarement punis; d'après les chiffres fournis par le P^r BALTHAZARD, sur 185.000 avortements, 760 seulement donnent lieu à des poursuites, et 23 seulement vont aux assises. De nouvelles lois ont d'ailleurs été votées sur ce sujet.

Mais le problème qui se pose pour tous les pays à faible natalité n'est pas tant de relever le chiffre des naissances, que d'abaisser le taux de la mortalité qui, bien qu'en décroissance, est encore excessif.

Ainsi que l'a dit M. MOURIER, « le véritable effort à tenter, c'est de conserver les petits êtres déjà nés. Lorsque tous les résultats désirables seront obtenus dans cette voie, lorsque la question du sauvetage de l'enfance aura été résolue, le problème de la dépopulation sera lui aussi en partie tranché ».

CHAPITRE IV

Causes de la Mortalité Infantile.

Ce sont les statistiques générales de mortalité infantile, comme par exemple, celle de 1925, donnée par le Comité National de Défense contre la Tuberculose, que nous reproduisons ci-contre, qui montrent le mieux les maladies entraînant la mort des enfants du premier âge. Toutes les statistiques d'autres années se ressemblent quant à l'ordre des facteurs principaux :

Débilité congénitale et vices de conformation..	13.086
Diarrhée et entérite	11.422
Affections de l'appareil respiratoire (tuberculose exceptée)	7.245
Méningite	2.993
Bronchite aiguë.....	1.592
Coqueluche	1.204
Tuberculose	1.037
Rougeole	767
Grippe	758
Entérite cholérique	183

- - - - -

CHAPITRE V

Facteurs influençant la Mortalité Infantile et moyens d'y remédier.

Nous avons vu que la débilité congénitale et les vices de conformation provoquent environ le tiers des décès de 0 à 1 an. Ces deux grandes causes de mort ont très souvent des origines connues et contre lesquelles on peut agir utilement; en effet, c'est avant tout la *Syphilis* et la *Tuberculose* qui sont responsables.

Le Prof. COUVELAIRE attribue à la syphilis, dans la clientèle hospitalière, 50 p. 100 environ des cas de mort du fœtus au cours des trois derniers mois de la gestation, et 20 p. 100 des cas de mort précoce par débilité congénitale; sans compter les avortements précoces. D'après les statistiques du Prof. COUVELAIRE, lorsque la mère n'est pas soignée pendant sa gestation, la mortalité fœtale varie de 30 à 70 p. 100 selon l'ancienneté de la syphilis; lorsque la mère est traitée pendant la gestation, la mortalité s'abaisse de plus de moitié et varie entre 5 et 30 p. 100.

D'après d'autres statistiques faites aussi par le Prof. COUVELAIRE, lorsque la mère et l'enfant ne sont pas soignés, la mortalité par syphilis héréditaire est de 62 p. 100; lorsque l'enfant n'est soigné qu'après sa naissance, la mortalité n'est plus que de 26 p. 100, et lorsque la mère est soignée régulièrement pendant sa gestation la mortalité par syphilis héréditaire n'est plus que de 5 p. 100.

Le Prof. COUVELAIRE fournit des statistiques fort instructives, faites à la clinique Baudeloque, sur l'action de la médecine préventive en matière de mort fœtale pendant la gestation :

De 1890 à 1919 il y a eu 237 morts du fœtus avant le début de l'accouchement, sur 10.000 naissances;

De 1920 à 1927 il n'y en a eu que 145, cet abaissement de la mortalité fœtale étant dû surtout à la diminution de la mortalité par syphilis; en effet :

En 1921, 77 fœtus morts in utero par syphilis pour 100 cas de morts fœtales au cours de la seconde moitié de la gestation.

En 1927, 35 seulement.

De 1902 à 1908, le coefficient de mortalité fœtale pour toutes les diverses causes possibles a été de 144 p. 10.000.

De 1921 à 1927 41 seulement pour 10.000.

Ces résultats remarquables sont attribués par le professeur COUVELAIRE aux bons effets de la consultation prénatale et du dispensaire antisyphilitique (organisé en 1919), auxquels est attaché un service-social fonctionnant parfaitement bien. C'est dire que la lutte contre la syphilis n'est pas sans donner d'excellents résultats pour diminuer la mortalité infantile, lorsqu'elle est bien organisée; malheureusement elle n'est pas partout aussi bien menée.

La Tuberculose de la mère est aussi une grande cause de débilité de l'enfant; toujours d'après les études faites par le professeur COUVELAIRE, nous voyons que 51 p. 100 des enfants de tuberculeuses naissent avec un poids inférieur à la moyenne, et la mortalité au cours du *premier mois* est plus élevée chez eux même lorsqu'ils sont soigneusement soustraits à toute contagion; à ce point de vue il est intéressant de noter que l'enfant débile, lorsqu'il est entouré de soins compétents, meurt infiniment moins que lorsqu'il ne reçoit que les soins habituels aux nourrissons normaux; ainsi à la clinique Baudelocque, qui possède un pavillon modèle pour les accouchées tuberculeuses, en 1921 la mortalité des enfants de mères tuberculeuses a été de 38 p. 100 sur 61 enfants au cours du premier mois. Le professeur COUVELAIRE, ému de cette grande mortalité, a fait modifier et améliorer grandement les conditions d'élevage de ces petits; il leur a fourni du lait de femme, les a fait soigner par un personnel tout à fait choisi, et surveiller spécialement par ses assistants, les docteurs POWILEWICZ et LACOMME, et aussitôt la mortalité a diminué dans de grandes proportions :

De 1921 à 1923,	33 %	de mortalité sur	57 cas.
De 1923 à 1925,	13,2 %	—	151 cas.
De 1925 à 1926,	7,2 %	—	111 cas.

Abstraction faite de la débilité congénitale, la tuberculose entraîne la mort de nombreux enfants dans les foyers contaminés; d'après le professeur CALMETTE, 24 à 25 p. 100 des enfants vivant en milieu tuberculeux meurent avant 1 an; d'après le professeur LÉON-BERNARD et le docteur DEBRE, ce chiffre serait beaucoup plus élevé et atteindrait 50 à 80 p. 100. (Ces statistiques n'ont pas été faites dans les mêmes milieux.)

Les *Consultations pour les femmes enceintes* ont, dans la lutte contre la syphilis et la tuberculose une très grande influence; elles permettent le dépistage et le traitement des femmes malades; et grâce à la liaison entre ces consultations et les

dispensaires antituberculeux elles permettent la surveillance des tuberculeuses, leur éducation, la propagation de la vaccination antituberculeuse, et surtout la séparation de l'enfant dès sa naissance; nous verrons plus loin le placement de cette catégorie d'enfants.

Les mauvaises conditions matérielles et morales dans lesquelles se trouve souvent la femme enceinte sont aussi des causes de débilité et de mortalité infantile contre lesquelles on peut agir.

Des lois utiles ont été votées sur le repos des femmes en couches; la *loi Paul Strauss* (17 juin 1913) assure aux femmes enceintes quatre semaines de repos salarié avant, et autant après les couches; par contre, les secours de couches distribués par les mairies sont nettement insuffisants.

De nombreuses œuvres publiques et surtout privées ont créé des *refuges pour les femmes enceintes*, des *cantines maternelles*, etc.

Tout ce qui améliore le sort de la future mère augmente les chances de vie de son enfant qui naîtra plus vigoureux et s'élèvera mieux. A ce point de vue la *recherche de la paternité* et toutes les lois qui protègent la femme diminuent dans une certaine mesure les naissances illégitimes, et en tout cas facilitent l'élevage des *nourrissons illégitimes*. Il est intéressant de noter que la légitimité des enfants a une grosse influence sur leur mortalité; en effet les enfants illégitimes, qui le plus souvent n'ont pas été désirés et sont nés dans des conditions plus ou moins défavorables, ont une mortalité beaucoup plus élevée que les autres.

Le tableau donné par le ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales est très significatif à ce point de vue.

	DÉCÈS DE 0 A 1 AN POUR LES ENFANTS	
	LÉGITIMES	ILLÉGITIMES
En 1917.....	10,6 %	26,5 %
— 1918.....	11,3 %	32,7 %
— 1919.....	9,8 %	29,5 %
— 1920.....	8,3 %	22,4 %
— 1921.....	10,7 %	21,3 %

C'est dire que les enfants illégitimes meurent presque trois fois plus que les autres.

Dans certains pays, et en Angleterre notamment, la recherche

de la paternité est beaucoup plus effective qu'en France.

L'accouchement dans de mauvaises conditions augmente aussi la mortinatalité et la mortalité infantiles ; c'est pourquoi il est utile de faciliter la bonne surveillance des accouchées et d'augmenter le nombre des maternités. La Mutualité Maternelle de Paris a fait en ce sens un grand effort ; depuis 1920 elle a créé 9 petites maternités rurales dans les régions libérées ; grâce à la bonne organisation de ces petits centres, les frais sont peu élevés, une partie payante assurant l'entretien de la partie gratuite. A ces maternités est annexée une consultation de nourrissons qui rend aussi de grands services.

Le milieu social influe aussi beaucoup sur la mortalité infantile : dans les **familles aisées**, les enfants meurent moins que dans les familles pauvres : d'après une statistique faite à Erfurth, dans les classes pauvres la mortalité infantile serait de 30 p. 100 ; dans les classes moyennes, 17 p. 100, et 8 p. 100 dans les classes riches. A Londres : 37 p. 100 dans les classes pauvres ; 4 p. 100 dans les classes riches. A Berlin : 35 p. 100 dans les classes pauvres, 20 p. 100 dans les classes moyennes et 3 p. 100 dans les classes riches.

L'ignorance des parents a aussi une influence manifeste sur la mortalité infantile ; les diarrhées et les broncho-pneumonies, qui viennent en deuxième et en troisième ligne dans les causes de mortalité infantile, et en représentent presque la moitié, peuvent être en grande partie évitées lorsque les parents sont avertis et savent élever leur nourrisson.

D'après COMBE, la mortalité infantile serait : dans les familles intellectuelles de 11 p. 100 ; dans les familles de commerçants, 15 p. 100 ; dans les familles d'ouvriers instruits, 16 p. 100 ; dans les familles d'ouvriers incultes, 22 p. 100.

D'où la grande utilité d'instruire les mères et pour cela les **Consultations de nourrissons** auxquelles sont annexées des **Visiteuses d'hygiène** sont d'une importance considérable.

En Angleterre, d'après un rapport du Ministère de l'Hygiène, depuis que la surveillance régulière des nourrissons s'effectue par l'intermédiaire des visiteuses d'hygiène, la mortalité, qui était de 12,8 p. 100 de 1909 à 1910, a été de 8,3 p. 100 en 1921 et de 7,7 en 1922.

En Alsace, en 1924, la mortalité des enfants surveillés a été de 2,92 p. 100 ; celle des non surveillés 8,7 p. 100.

A Lyon, les enfants surveillés par l'Œuvre Lyonnaise des Visi-

teuses d'Enfants ont eu une mortalité de 4,4 p. 100 alors que les autres enfants ont eu une mortalité de 11 et 12 p. 100.

A Roubaix, grâce aux visiteuses de l'enfance de la Fondation Roubaissienne, la mortalité infantile s'est abaissée de 12 p. 100 en 1922 à 9,6 p. 100 en 1923 et 8,5 p. 100 en 1924. (La mortalité a baissé exactement en proportion du nombre des visites faites à domicile : 10.475 visites en 1922 ; 22.199 en 1923 ; 31.458 en 1924.)

Au Havre, les enfants surveillés par le Service social du Dispensaire Gébort ont eu une mortalité de 9,66 p. 100 en 1920 et 10,3 p. 100 en 1921, alors que la mortalité des non surveillés a été respectivement de 12,8 et 14 p. 100. Là aussi la mortalité a diminué en relation directe du nombre des visites à domicile : 9.591 en 1920 et 16.714 en 1921.

En Suède, en 1910, la mortalité était de 15,4 p. 100 ; en 1920, à la suite de la création de gouttes de lait et d'infirmières visiteuses d'hygiène, elle s'est abaissée à 8,7 p. 100 pour atteindre 6 p. 100 en 1921 ; les décès pour troubles digestifs, qui étaient de 30,6 p. 100 en 1920, sont tombés à 7 p. 100 en 1921. Dans un des faubourgs de Stockholm, où 35 p. 100 des enfants sont suivis par un centre d'hygiène depuis 1914, la mortalité, qui était très élevée et atteignait 37,5 p. 100 en 1908, est tombée à 6,3 p. 100 en 1922.

En Hongrie, la mortalité totale de 0 à 1 an en 1925 a été de 20 p. 100 ; dans les grandes villes ayant un dispensaire 15 p. 100, et parmi les enfants suivis par un dispensaire 10 p. 100.

L'influence des consultations de nourrissons et des visiteuses d'hygiène est donc tout à fait indéniable. D'après M^{me} le docteur MULON, la mortalité des enfants nourris au sein par une mère bien conseillée est de 5 p. 100. Quand la mère n'est pas conseillée, la mortalité est de 10 p. 100, et si la mère nourrit son enfant au biberon, 24 p. 100.

Les consultations de nourrissons ont l'avantage aussi d'améliorer la question du **lait** ; dans beaucoup de ces consultations, on distribue du bon lait. A Saint-Pol-sur-Mer, de 1898 à 1902, la mortalité infantile était de 28,80 p. 100. Après ouverture d'une Goutte de lait en 1902, elle tomba à 18,9 entre 1902 et 1907. En 1912 la Goutte de lait fut fermée, et la mortalité remonta à 21 p. 100 en 1913 et 23 p. 100 en 1915. (Ausset.)

En ce qui concerne le **Logement**, d'après le professeur JUVEN-TRUB, la mortalité infantile est deux fois et demie plus grande lorsqu'il y a plus de deux habitants par chambre.

D'après COMBE, la mortalité dans les logements hygiéniques serait de 3 p. 100, de 26 p. 100 dans les logements malsains, et de 81 p. 100 lorsque toute la famille loge dans une seule chambre.

Le logement insalubre favorise beaucoup l'éclosion et la propagation des maladies contagieuses banales et de la tuberculose.

Le *Climat* et la *Température* ont aussi une influence manifeste sur la mortalité des jeunes enfants; pendant les étés chauds la mortalité est toujours plus élevée, et il faut redoubler de précautions surtout dans la préparation du lait. Dans les pays chauds, la mortalité est toujours très élevée. Au Caire, de 1920 à 1923, la mortalité infantile a oscillé entre 25,3 et 20,3 p. 100 bien que la majorité des enfants fussent au sein; de juin à août, la mortalité atteint 30 p. 100. (D^r AFIFI.)

Enfin, le *travail de la femme* est une grande cause de mortalité infantile et complique beaucoup la question de l'élevage du nourrisson. Toutes les femmes nécessiteuses ne peuvent aller nourrir leur enfant dans les Maisons Maternelles ou asiles d'allaitement et quitter leur foyer pendant de nombreux mois, bien que pour le nourrisson cette solution soit l'idéal; dans ces asiles, en effet, la mortalité infantile atteint son minimum. (3,67 p. 100 à Châtillon-sous-Bagneux en cinq ans, avec 1.198 enfants; 3,2 p. 100 à Nanterre en douze ans avec 580 enfants; 1,2 à la Maison Maternelle de Saint-Maurice cur 500 nourrissons.)

Le travail à domicile n'est pas toujours possible et suppose l'apprentissage d'un métier plus ou moins facile; de plus, il est souvent irrégulier et fort mal rétribué; la plupart des femmes du peuple préfèrent travailler en usine ou dans des ateliers, ou faire des ménages.

Tous les enfants dont la mère travaille au dehors sont accablés par une lourde mortalité. M^{lle} CHARRONDIÈRE, inspectrice du travail à Rouen, donne des chiffres de mortalité de 45 à 48 p. 100 pour les nourrissons dont les mères travaillent en usine.

Le docteur LEMIERE (de Lille) donne la statistique suivante : sur 100 nouveau-nés il en meurt avant l'âge d'un an :

23	lorsque la mère travaille en usine ;
15	— — — en atelier ;
9	— — — chez elle.

Une mère qui travaille hors de chez elle a donc trois fois plus de chance de perdre son enfant. Plusieurs solutions se présentent pour l'enfant dont la mère travaille : ou bien il sera mis en garde pour la journée chez une voisine, ou bien il sera placé à la crèche de jour ou à la crèche de l'usine. (Les crèches de jour sont nom-

breuses et rendent des services ; en 1926 il y avait 116 crèches de jour pour Paris et la Seine : 8.834 enfants les ont fréquentées. [Préfecture de police.]

Cependant toutes ces solutions aboutissent souvent au sevrage, à l'élevage au biberon avec tous les risques qu'il comporte, et souvent enfin à l'envoi en nourrice malgré la bonne volonté de la mère au début.

On ne se rend pas toujours compte de l'effort et de la santé qu'il faut à une femme pour travailler hors de chez elle, entretenir son ménage et nourrir ! Le D^r GUINON l'a très justement exprimé : « C'est une opinion assez répandue que les mères pauvres peuvent élever leurs enfants au sein... Contre l'allaitement au sein il semble que soient conjurées toutes les forces malfaisantes de notre organisation sociale. » D'autre part, les crèches ne sont pas sans inconvénients ; le nourrisson doit être « trimballé », tous les jours, aux heures les plus défavorables et par tous les temps ; les risques de bronchite et de broncho-pneumonie ne sont pas négligeables, non plus que les risques de contagion si fréquents dans toutes les agglomérations d'enfants. En plus de ces inconvénients, ajoutons que les crèches sont obligées de refuser l'enfant dès qu'il est souffrant, ou même s'il présente de l'impétigo, et que la mère est alors dans la nécessité de cesser son travail pour le garder chez elle.

Par suite des nombreuses causes, surtout sociales, que nous avons passées en revue, et à leur grand détriment certes, beaucoup de nourrissons se trouvent séparés de leur mère. La *séparation de la mère et de l'enfant* est une des grandes causes de mortalité infantile ; nous avons vu combien il faut lutter contre cette éventualité ; cependant les enfants de cette catégorie sont nombreux, et c'est de leur élevage que nous nous occuperons plus spécialement dans cette thèse.

CHAPITRE VI

Les Divers modes d'élevage du Nourrisson séparé de sa mère.

Les nourrissons éloignés de leur mère vont être placés, soit par leurs soins, soit par les soins de l'Assistance publique, si l'enfant est abandonné. Nous verrons tout d'abord dans un premier chapitre quel est le nombre des enfants de ces deux catégories. Disons à ce propos que dans certains pays l'envoi en nourrice n'existe pas, les mères n'envisageant pas la possibilité de se séparer de leur enfant. Dans les pays où il y a beaucoup de familles nombreuses, comme en Pologne et au Canada par exemple les mères élèvent toujours leurs enfants elles-mêmes; il semble du reste assez logique que ce soit plutôt dans les familles où il n'y a qu'un ou deux enfants que l'envoi en nourrice soit fréquent. Lorsque dans une famille il y a quatre ou cinq enfants, la mère a plus d'avantages à rester chez elle et à s'occuper d'eux que de travailler au dehors et de payer leurs mois de nourrice.

Nombre des enfants placés en nourrice.

Le nombre des enfants placés en nourrice chaque année en France, est considérable.

D'après un rapport de M. BOUCHACOURT (*Bulletin internat. de protection de l'enf.*, 30 juin 1927), voici les chiffres concernant les enfants nés à Paris.

1920	10.161	mis en nourrice sur	58.813	naissances, soit	17, 2 %
1921	9.439	—	—	52.011	— 18,14 %
1922	9.145	—	—	46.943	— 19,18 %
1923	9.861	—	—	46.451	— 21,22 %
1924	9.608	—	—	46.099	— 20,84 %
1925	9.406	—	—	47.208	— 19,19 %
1926	9.163	—	—	46.629	— 19,65 %

La Préfecture de Police donne les chiffres suivants pour les enfants dont les parents sont domiciliés dans le département de la Seine :

1925	12.283	
1926	12.777	dont 1.231 avant l'âge d'un mois.
1927	12.391	— 1.298 —

D'après la statistique du ministère du Travail, d'Assistance et de Prévoyance sociales en 1921 48.060 enfants ont été placés en nourrice dans toute la France, sur 766.822 naissances, soit 6.3 p. 100. Parmi ces enfants les 2/7 étaient nés dans le département de la Seine. Mais il faut bien savoir que toutes les mises en nourrice ne sont pas enregistrées, car la loi Roussel portait jusqu'à présent, un texte limitant la déclaration des mises en nourrice aux nourrices *salariées*; ce qui fait que tous les enfants placés à la campagne chez une parente, n'étaient pas signalés (le texte de la loi a été modifié récemment et le mot salarié est supprimé). Le Dr WALLICH évaluait à 78.000 chaque année le nombre des enfants placés en nourrice salariée ou non par toute la France, sans compter encore 5.000 Enfants Assistés environ, de 0 à 1 an.

Nombre des enfants abandonnés à l'Assistance Publique.

Les enfants abandonnés sont nombreux, et beaucoup le sont très jeunes, la majorité des abandons ayant lieu entre 8 et 15 jours, la mère sortant d'une maternité. Cependant un quart des abandons dans le département de la Seine est fait par les nourrices qu'on a cessé de payer (400 environ par an), ceci est particulièrement intéressant à considérer, beaucoup d'enfants en effet ne seraient pas abandonnés si on donnait à la mère les secours suffisants pour payer les mois de nourrice, et cela réaliserait une énorme économie en fin de compte, tout en diminuant les abandons (un pupille coûte environ 20.000 francs à l'Assistance Publique, de 0 à 13 ans); actuellement une femme seule avec son enfant, touche selon les cas :

50 à 70 fr.	par mois pendant la 1 ^{re} année,	
30 à 50 fr.	—	2 ^e —
20 à 40 fr.	—	3 ^e —

Une proposition a été faite au Conseil Général de la Seine en 1928 pour relever beaucoup le taux de ces secours qui sera prochainement de :

120 à 150 fr.	par mois de	0	à	6 mois.
100 à 130 fr.	—	6	à	9 —
90 à 120 fr.	—	9	à	12 —
80 à 100 fr.	—	12	à	15 —
70 à 80 fr.	—	15	mois à	2 ans.
60 à 70 fr.	—	2	ans à	3 —

Ces nouveaux tarifs entraîneront une dépense annuelle de 1.200.000 francs environ, qui sera largement compensée par la diminution des abandons. Dans le département du Finistère, la

mère non mariée touche pendant 3 mois un secours égal à la pension des pupilles de l'Assistance placés en nourrice, soit 120 à 150 francs par mois, ensuite elle ne touche plus que 50 francs. Ceci est très intéressant quoique encore insuffisant, car après 3 mois, l'enfant coûte encore autant à sa mère. Il faudrait qu'une mère pauvre et seule ne fût pas obligée d'abandonner son enfant pour une question d'*argent*; et il ne faut pas dire que ces mesures encouragent les naissances illégitimes etc.; il faut dire que ces mesures diminuent la mortalité infantile et c'est là la seule question à envisager. L'enfant d'une fille-mère est aussi intéressant que celui d'une femme mariée et, puisqu'il a plus de chance de mourir, il est tout naturel que les Pouvoirs Publics s'occupent plus de lui.

En Norvège, à Oslo, depuis le 1^{er} janvier 1920 lorsqu'une mère est privée d'appui masculin et qu'elle a résidé au moins 15 ans dans la ville, elle reçoit une pension de 600 couronnes pour un enfant, lorsque ses revenus sont inférieurs à 1.000 couronnes par an.

980 couronnes pour 2 enfants			
1.440	—	3	—
1.800	—	4	—

Le département de la Seine a environ 30.000 pupilles de 0 à 21 ans. D'après le rapport du Conseil Général de la *Seine*, voici les chiffres des abandons :

avant 1914, 4.000 abandons par an.

1921 2.544 ab. : 214 de 1 à 7 j.; 774 de 8 à 15 j.; 230 de 15 j. à 1 m.

1922 1.987 —

1923 1.838	—	178	—	591	—	133	—
------------	---	-----	---	-----	---	-----	---

1924 1.924 —

1925 1.788	—	182	—	506	—	169	—
------------	---	-----	---	-----	---	-----	---

1926 1.953	—	136	—	531	—	169	—
------------	---	-----	---	-----	---	-----	---

1927 1.868 —

Le nombre des abandons de 0 à 1 an par rapport aux naissances dans le département de la Seine a été :

en 1915	6,02 %
en 1920	4,03
en 1925	2,28
en 1926	2,49
en 1927	2,42

Dans toute la France, il y a environ 130.000 enfants abandonnés de 0 à 21 ans. D'après les D^{rs} CAUSSADE et RÉMY, le nombre

des enfants abandonnés dans tous les départements entre 0 et 1 an serait de 10.000 environ chaque année.

Trois modes de placement sont possibles pour les enfants séparés de leur mère :

Le placement chez une nourrice isolée ;

Le placement en pouponnière ;

Le placement dans les centres de placement familial surveillé.

A) **PLACEMENT CHEZ UNE NOURRICE ISOLÉE**

C'est le mode de placement le plus ancien et encore actuellement le plus habituel; c'est celui qui donne les plus funestes résultats, en effet, la mortalité de cette catégorie d'enfants a toujours été considérable; elle fut améliorée à partir de 1874 grâce à la loi Roussel dont nous parlerons plus loin; mais depuis 1914 surtout, la mortalité a considérablement augmenté par suite de la très grande diminution du nombre des nourrices au sein.

a) **Nombre des nourrices au sein.**

D'après une statistique de M. BOUCHACOURT, conseiller général, portant sur les enfants de Paris placés en nourrice :

en 1920 1,9 % des enfants étaient soit-disant envoyés au sein.

en 1921 2, 8 % en 1923 1,04 %

en 1922 2,85 % en 1924 0,67 %

en 1926 0,39 %

Les chiffres donnés par la Préfecture de Police pour les enfants du département de la Seine placés en nourrice sont les suivants :

en 1926 sur 12.777 enfants, 90 au sein.

en 1927 — 12.391 — 73 —

L'Assistance Publique de la Seine a les mêmes difficultés pour recruter des nourrices au sein pour ses pupilles :

en 1913 il y avait 1.231 nourrices au sein.

en 1915 — 709 —

en 1917 — 158 —

en 1919 — 72 —

en 1921 — 152 —

en 1923 — 228 —

en 1925 — 176 —

en 1926 — 168 —

en 1927 — 224 —

en 1928 — 208 —

Avant la guerre il y avait assez de nourrices au sein pour que tous les petits abandonnés fussent nourris au sein. Actuellement

autant dire que tous les enfants mis en nourrice sont élevés au biberon; ainsi à l'envoi en nourrice se surajoute l'allaitement artificiel !

b) Mortalité des enfants placés par leurs parents chez une nourrice isolée.

D'après le D^r P. DELAUNAY (La Maternité) de 1803 à 1809, sur 23.070 enfants placés en nourrice (et au sein à cette époque), il y aurait eu 14.500 décès, soit 62 p. 100.

En 1867 la mortalité était de 52 à 53 p. 100.

D'après les chiffres fournis par le Ministère de l'Hygiène, voici la mortalité infantile pour la France, comparée à celle des enfants placés en nourrice :

Mortalité infantile pour la France		Mortalité infantile enfants placés en nourrice	
1917....	12,8		18,3
1918....	14,1		20,4
1919....	12,4		15,9
1920....	9,8		15,7
1921....	11,8		20,3

Mais ces chiffres sont bien au-dessous de la réalité, car ainsi que l'a dit le D^r APERT : «... ils ne comprennent pas les enfants que les nourrices rendent à leurs parents après les avoir mis mal en point et qui viennent mourir à Paris. Les décès des nourrissons dans nos hôpitaux sont presque uniquement faits de ces enfants rendus par les nourrices. »

Le D^r WALLICH évaluait à 83.000 les enfants placés en nourrice dans toute la France; sur ces 83.000, 9.000 décès sont déclarés, il faudrait en compter 25.000 avec tous ceux qui n'ont pas été déclarés comme étant morts en nourrice, ce qui ferait une mortalité de 30 p. 100 environ. Ces chiffres concernent la mortalité des nourrissons placés chez une nourrice isolée et *non surveillée*; par contre, pour les nourrissons placés à Paris et dans le département de la Seine, la mortalité est beaucoup plus basse grâce à des mesures spéciales prises par le préfet de police, et que nous verrons plus loin. Voici ces chiffres :

Mortalité de 0 à 2 ans.			
1920.....	5, 1 %	1924.....	3, 3 %
1921.....	4, 8 %	1925.....	3,85 %
1922.....	2, 8 %	1926.....	3,89 %
1923.....	4, 4 %	1927.....	2,65 %

en 1926 il y a eu 3.489 enfants de 0 à 2 ans :

en 1927 — 3.579 — dont 1.366 de 0 à 1 an.

Ces statistiques sont établies individuellement, chaque enfant figurant avec son nom. Les décès sont comptés pendant les deux mois qui suivent le retrait de l'enfant de chez la nourrice ; de plus la nourrice ne peut mettre un enfant à l'hôpital qu'après avis du médecin inspecteur — rien ne passe donc inaperçu.

c) Mortalité des Enfants Assistés.

La mortalité des Enfants Assistés est considérable; cela est dû à divers facteurs parmi lesquels il ne faut pas oublier le très mauvais état dans lequel se trouve le plus grand nombre de ces petits indésirables, nés malgré leurs parents et qui ont déjà bien souffert avant d'arriver à l'Hospice Dépositaire.

D'après les rapports du Service des Enfants Assistés de la Seine la mortalité de 0 à 1 an a été :

En 1911....	20,04	En 1913....	16,80
— 1912....	13,09	— 1914....	13,54

A partir de cette date et en relation avec la diminution du nombre des nourrices au sein, les chiffres vont en s'élevant terriblement :

1915....	30,08 %	1922....	15,77 %
1916....	33 —	1923....	16,94 —
1917....	37,85 —	1924....	14,44 —
1918....	40 —	1925....	15,14 —
1919....	35,12 —	1926....	16,82 —
1920....	36,30 —	1927....	12,96 —
1921....	28,38 —	1928....	7 —

Abaissement brusque en 1921, grâce à des mesures que nous verrons plus loin. (*Centres d'élevage.*)

Dans les départements la mortalité des enfants abandonnés est encore bien supérieure.

D'après les chiffres indiqués par M^{lle} D^r LABEAUME dans sa thèse, en 1860 la mortalité était de 70 à 90 p. 100 dans les départements suivants : Seine-et-Oise, Aube, Calvados, Eure, Seine-Inférieure, Loire-Inférieure.

Dans une communication parue au Bulletin de l'Académie de Médecine, le D^r WALLICH donne les chiffres suivants :

En 1920, 68,4 p. 100 dans les Bouches-du-Rhône.

Pendant la guerre, 80 p. 100 à Bordeaux.

En 1921; plus de 75 p. 100 dans deux départements; 60 à

70 p. 100 dans sept départements ; plus de 40 p. 100 dans trente-quatre départements.

Pour la France entière, les chiffres officiels indiqués (LABEAUME) ont été : en 1920, 43 p. 100 ; en 1921, 38,66 p. 100.

Le D^r MÉRY, dans un rapport à l'Académie de Médecine en 1922, donne les chiffres suivants concernant les Enfants Assistés : En 1922.... 40 % de mortalité dans vingt-six départements.

— 90 — dans le Puy-de-Dôme.

— 88 — dans la Moselle.

— 77 — dans l'Ardèche.

D'après les D^{rs} CAUSSADE et RÉMY (rapport au VII^e Congrès National de l'Ass. publique et privée de Nancy, oct. 1927), la mortalité à la pouponnière départementale des Enfants Assistés de Meurthe-et-Moselle a été :

En 1924..... 34,4 %

— 1925..... 30,6 —

— 1926..... 20,1 —

et celle des Enfants Assistés de Meurthe-et-Moselle placés en nourrices :

En 1921..... 41,30 %

— 1922..... 25,97 —

— 1923..... 34,95 —

M^{me} le D^r MONTLAUR donne les chiffres suivants : la mortalité des Enfants Assistés dans les département a été de 0 à 1 an :

En 1916..... 30 à 50 %

— 1922..... 31 %

— 1926..... 37 %

selon les départements.

Certains départements ont beaucoup fait pour améliorer le sort des nourrissons assistés ; dans l'Oise, où la mortalité était considérable, l'Office départemental d'hygiène sociale de l'Oise a créé une série d'œuvres : centres d'élevage, consultations de nourrissons, etc., et la mortalité a beaucoup baissé :

En 1921..... 33,89 %

— 1923..... 26,71 —

— 1926..... 8,71 —

L'Assistance de la Seine a complètement abandonné le système du placement chez une nourrice isolée depuis dix-huit mois, pour tous les enfants âgés de moins de 15 mois ; ainsi que nous le verrons plus loin, la mortalité a considérablement baissé. Par contre la plupart des départements n'ont rien fait et conservent une mortalité abominable.

d) Système hongrois.

A propos du placement des enfants abandonnés nous voudrions signaler quelques initiatives intéressantes du système hongrois. En Hongrie, les hospices d'enfants abandonnés mettent tout en œuvre pour que le jeune enfant ne soit pas séparé de sa mère ; on arrive à décider beaucoup de mères qui viennent pour abandonner leur enfant, à rester avec lui pendant la période de l'allaitement, quitte à l'abandonner ensuite. Du reste, l'Enfant Assisté en Hongrie n'est pas abandonné, ni caché à ses parents qui peuvent le voir et en avoir des nouvelles ; l'État l'élève jusqu'à quinze ans, en le plaçant chez des paysans. Mais ce qui fait vraiment l'originalité du système hongrois, c'est le placement de la mère avec l'enfant qu'elle allaite chez des parents adoptifs, agriculteurs en général ; parfois une mère dans ces conditions allaite en plus un autre petit abandonné que sa mère n'a pas voulu nourrir et elle est payée pour cela.

Ce système fonctionne, paraît-il, très bien et depuis de nombreuses années.

En 1904, sur	5.351 nourrissons admis
	1.271 ont été placés avec leur mère.
En 1905, sur	5.656 admis,
	2.223 placés avec leur mère.
En 1908, sur	6.720 admis,
	2.116 placés avec leur mère.

Parfois le nourrisson est tout simplement placé en nourrice chez *sa mère*, qui devient ainsi la nourrice payée de son propre enfant. La mortalité des enfants ainsi nourris par leur mère est, bien entendu, beaucoup plus faible que celle des petits abandonnés sans leur mère. Le pourcentage de mortalité des enfants allaités par leur mère et placés avec elle en placement familial, par rapport à la mortalité totale a été en 1908 de 27,16 p. 100, alors que celle des enfants placés sans leur mère a été de 71,95 p. 100. (ZOLTAN DE BOSNYAK et C^{te} L. EDELSHEIM GYULAI, *Le Droit de l'enfant abandonné et le Système hongrois de protection de l'enfance.*)

Ce système de placement n'est peut-être pas applicable en France, car peu de mères consentent à rester avec leur enfant quand elles ont projeté de l'abandonner, ainsi que le prouvent les efforts souvent vains pour faire entrer les mères dans les asiles d'allaitement ; cependant plusieurs centaines entrent chaque année dans ces asiles ; toutes n'avaient du reste pas l'intention

d'abandonner leur enfant ; malheureusement elles n'y restent pas longtemps. A Châtillon-sous-Bagneux, en 1927, 398 mères sont entrées pour nourrir leur enfant ; elles n'y sont restées en moyenne que 44 jours chacune !

D'autre part, il serait peut-être difficile de trouver en France des familles de paysans qui voudraient accueillir la mère avec l'enfant, la mère fautive étant mal considérée dans les campagnes.

Toutefois ce système de placement familial de la mère et de l'enfant est séduisant et mériterait d'être étudié.

e) **Causes de la grande mortalité des enfants placés chez une nourrice isolée.**

Les causes de cette mortalité sont multiples. *L'absence de nourrices au sein* est une cause importante : le *mauvais lait* ; l'*ignorance* de la nourrice, son *manque d'hygiène*, son mauvais *logement*, souvent sa *pauvreté* ; le *trop grand nombre de nourrissons* placés chez une même nourrice, tout concourt à mettre le nourrisson dans des conditions dangereuses. Ajoutons à cela le *sevrage brusque* du nourrisson que sa mère envoie en nourrice sans précautions ou qu'elle abandonne en sortant de la maternité où elle l'a nourri 10 jours, et les dangers du *voyage*, souvent long, pendant lequel l'enfant prend froid et est mal nourri.

Toutes ces causes sont aggravées par la *surveillance tout à fait insuffisante* des nourrissons placés de cette manière. La *loi Roussel* a tenté d'améliorer la situation de ces pauvres petits ; elle n'y a pas pleinement réussi. Cette loi, votée le 23 décembre 1874, institue la déclaration obligatoire des mises en nourrice chez des nourrices salariées (le terme de salarié vient enfin d'être supprimé tout dernièrement, ainsi que nous l'avons vu) ; l'obligation par la nourrice de fournir un certificat délivré par le médecin de sa commune attestant sa bonne santé et ses capacités, et enfin la surveillance des enfants placés en nourrice par un médecin inspecteur nommé par le préfet, qui est tenu de visiter les nourrissons une fois par mois.

On a proposé divers projets pour améliorer cette loi, notamment au Congrès National de la Protection des Enfants du premier âge à Bordeaux en 1913. M. BOUCHACOURT a proposé d'interdire l'envoi en nourrice des enfants de moins de 15 jours ; d'interdire également leur envoi avant qu'un médecin de l'état civil ne les aient examinés et jugés en bon état ; le médecin aurait

aussi le pouvoir de s'opposer au départ des enfants lorsque le temps est défavorable au voyage. Le Dr SCHREIBER, au Congrès International de Propagande d'Hygiène Sociale, en mai 1923, a proposé que la mise en nourrice soit signalée par la mère quinze jours avant la séparation ; des visiteuses d'hygiène iraient aussitôt voir la mère et tâcheraient d'obtenir qu'elle garde l'enfant le plus longtemps possible. Aucun de ces projets n'a été suivi d'exécution. D'autre part il faut dire que la loi Roussel, déjà incomplète, est très mal appliquée dans les départements ; en effet, les certificats délivrés aux nourrices sont souvent des certificats de complaisance, et les enfants arrivent souvent chez des nourrices tout à fait incapables ; il est bien rare que le médecin de la commune refuse à une femme du pays de lui donner son carnet de nourrice.

Quant à la surveillance médicale, elle est tout à fait illusoire ; le médecin inspecteur n'a pas pour seule fonction la surveillance des nourrissons : c'est une charge supplémentaire qui s'ajoute à son dur métier de médecin de campagne et qui est fort mal rétribué (4 francs par visite en 1927 quelle que soit la distance). Le Dr WALLICH estimait que les enfants sont vus au plus quatre à cinq fois par an par le médecin ; le plus souvent le médecin entre et sort sans avoir déshabillé l'enfant. Il ne faut pas lui en faire grief, c'est à la loi elle-même qu'il faut s'en prendre. Il ne faut donc pas se faire d'illusions sur la surveillance officielle des nourrissons placés à la campagne ; il faut bien savoir que ces nourrissons ne sont pas surveillés du tout et ne pas s'étonner de leur mortalité considérable. Ce sont surtout les troubles digestifs qui emportent ces petits malheureux. Il faut faire une exception pour les *enfants placés en nourrice à Paris et dans le département de la Seine*, où nous avons vu que la mortalité n'a rien de comparable avec celle des autres départements ; c'est que là aussi la loi Roussel est tout autrement appliquée et rend de très grands services ; elle a d'ailleurs été très améliorée par le Préfet de Police, qui surveille tous les enfants placés en nourrice dans le département de la Seine. Dix-huit médecins choisis sur titres sont chargés de la surveillance des nourrissons du département ; ces médecins sont bien rétribués ; ils touchent 16.000 fr. + 3.000 fr. d'indemnité, ce qui ne les empêche pas d'exercer ; ils sont tenus de voir chaque nourrisson au moins une fois par mois au domicile de la nourrice et de donner tous les conseils d'hygiène concernant la nourriture et les soins à donner à l'enfant bien portant ; en cas de maladie, la nourrice doit faire appe-

lier un autre médecin (les syndicats de médecins se sont opposés à ce que le médecin inspecteur donne des conseils médicaux).

En plus des dix-huit médecins, la surveillance est exercée par dix-huit dames visiteuses ayant un diplôme de puériculture ; chaque enfant doit aussi être vu au moins une fois par mois par la visiteuse, qui donne des conseils et vérifie tous les détails concernant la propreté et les bons soins donnés au nourrisson ; les visiteuses ont la même rétribution que les médecins.

En 1927, 22.722 visites ont été faites au domicile des nourrices pour surveiller 3.579 enfants. Il faut dire aussi qu'en plus de la surveillance très sérieuse exercée par le Préfet de police par l'intermédiaire de ses médecins et de ses visiteuses, ces nourrissons sont aussi surveillés de près par leurs propres parents, car ils sont placés très près, à Paris ou dans la banlieue proche ; de plus, les nourrices, à Paris même et près de Paris, demandent de très gros salaires atteignant 350 fr. ; ce ne sont donc pas des enfants de familles pauvres qui sont ainsi placés.

Dans ces conditions le placement chez une nourrice isolée n'est plus un placement non surveillé et se rapproche de ce que nous étudierons plus loin sous le nom de centres de placement familial surveillé ou centres d'élevage.

B) PLACEMENT EN POUPONNIERE

En théorie l'élevage des nourrissons dans des pouponnières est tout à fait satisfaisant. En effet le nourrisson sera soigné par des infirmières compétentes et un médecin spécialisé en pédiatrie ; aucune faute ne sera commise dans son alimentation ; il semblerait qu'il a toutes les chances pour se développer normalement. Or il n'en est rien. Tous les pédiâtres sont d'accord pour redouter les agglomérations de nourrissons, sur lesquelles sévissent des épidémies qui deviennent tout de suite redoutables par leur virulence et par leur extension : qu'une faute soit commise dans la préparation du lait et tous les nourrissons vont avoir des diarrhées plus ou moins graves ; que le chauffage de l'établissement fonctionne trop ou trop peu pendant quelques heures et tout le monde aura pris froid : la broncho-pneumonie va faire des ravages rapides ; pour qu'une pouponnière fonctionne tout à fait bien il faut qu'elle ait été construite pour cet usage et que toutes les règles d'hygiène aient été bien comprises dans son aménagement ; et il faut surtout qu'une surveillance constante soit exercée par un médecin compétent et par un personnel bien stylé et nombreux.

Une pouponnière est comme un sous-marin : il faut que tous ses rouages fonctionnent dans la perfection, car le danger est continu et peut venir de partout.

L'**isolement complet** des nourrissons est une des conditions primordiales ; chaque enfant doit être dans un box qui renferme tous les objets qui lui sont nécessaires (baignoire, thermomètre, table de change, etc.). Le D^r LESAGE insiste beaucoup sur la nécessité du boxage individuel ; le boxage dans un lazareth pendant les trois semaines après l'arrivée est insuffisant. Lorsque l'isolement est parfaitement réalisé, il y a avantage à ce que la pouponnière soit grande car les frais généraux sont moins élevés proportionnellement. La pouponnière de Boulogne comprend 100 lits ; celle d'Antony, qui dépend de l'Hospice des Enfants Assistés, en comprend 120 à 150. Certains médecins préconisent les pouponnières petites, de 20 lits au plus.

Le **chauffage**, l'**aération**, le **refroidissement** en été, l'**orientation** doivent être spécialement étudiés, de même la **lutte contre les mouches**. Il est important aussi de ne jamais occuper tous les boxes en même temps, plusieurs boxes doivent être réservés pour assurer la **désinfection** totale et fréquente, par roulement successif, même s'il n'y a pas eu de maladie.

Le lavage du linge doit être exécuté dans une **buanderie** bien comprise, et surtout collecté de telle sorte que le linge souillé ne soit pas remué à l'air libre ; il y a intérêt à ce que le linge soit séché dans une étuve qui en assure en même temps la stérilisation.

Plusieurs **nourrices au sein** sont indispensables, même si les enfants admis ne sont pas des prématurés ; le lait de femme seul peut sauver certains enfants atteints de troubles digestifs graves. Le **lait** doit provenir d'une ferme surveillée et être préparé dans une biberonnerie parfaitement aménagée.

Enfin le **personnel** doit être spécialement instruit et avoir des notions particulières sur les soins à donner aux nourrissons et sur la façon d'observer l'isolement ; ce personnel doit être très nombreux. « c'est la pierre d'achoppement des pouponnières », a dit le D^r LESAGE. A la pouponnière d'Antony, l'effectif total est de 141 personnes, dont 87 infirmières, surveillantes et filles de service. (Le personnel a la journée de huit heures, ce qui nécessite trois équipes ; de plus, tous les enfants étant très jeunes ont une tétée la nuit, ce qui demande un personnel supplémentaire.) A la pouponnière départementale de Meurthe-et-

Moselle, il y a six personnes pour 20 enfants ; mais les enfants ne sont pas isolés, ce qui exige moins de personnel mais constitue un réel danger. Le professeur LEROUBOULLET estime qu'il faut au moins une infirmière pour cinq enfants pendant la journée et une pour dix pendant la nuit, plus une surveillante. (Ass. Intern. p. la protection de l'enf., Rome 1926.)

On compte habituellement une infirmière pour quatre enfants plus le personnel des services généraux (biberonnière, cuisinière, laveuse, garçons, etc.).

La *surveillance médicale des infirmières* est indispensable, elle permet d'éliminer les malades et même simplement les infirmières enrhumées, et surtout les porteuses de germes diphtériques.

Enfin une pouponnière doit avoir un *médecin* spécialisé en pédiatrie qui examine les enfants *chaque jour* ; le médecin doit être rétribué suffisamment pour pouvoir consacrer chaque jour plusieurs heures à la pouponnière. (A la pouponnière d'Antony il y a deux médecins qui reçoivent chacun 1.200 francs par mois.) En outre, une pouponnière doit posséder un petit *laboratoire* permettant de faire les examens bactériologiques indispensables. Il est important de ne pas garder dans les pouponnières d'enfants âgés de plus d'un an. Certaines pouponnières gardent les enfants jusqu'à trois ans ; ceci augmente beaucoup les risques de contagion, les maladies infectieuses ne sont pas rares après un an, et même après six ou huit mois la rougeole peut causer des désastres ; de plus, le boxage est impossible pour les enfants qui marchent et s'ennuient tout seuls.

a) Ce que coûte une pouponnière.

Les frais de premier établissement d'une pouponnière sont considérables. Un million suffit à peine à construire une pouponnière de 100 lits. (La pouponnière de Boulogne a une valeur de 1.138.995 francs, plus 239.250 francs de première installation, plus 88.850 francs de matériel.)

Le prix d'entretien est aussi très élevé ; il est assez difficile à évaluer avec exactitude, car il varie beaucoup avec l'installation et avec la façon dont est comprise la comptabilité. Dans beaucoup de pouponnières une grande partie des frais n'est pas mentionnée ; le loyer, par exemple, est rarement compté ; les revenus du capital engagé pour la construction ne sont pas comptés non plus ; souvent la layette ou les médicaments sont donnés par des bienfaiteurs et n'entrent pas dans les dépenses. D'autre part les

pouponnières qui reçoivent des débiles et sont obligées d'avoir des nourrices ont des frais beaucoup plus considérables que les autres.

Si tous les frais étaient rigoureusement enregistrés, une journée d'enfant dans une pouponnière devrait être comparable à une journée dans un hôpital, ou un peu inférieure en considérant que les œuvres privées sont peut-être plus économes que les administrations publiques. Or, en 1927, un berceau à l'Hospice des Enfants Assistés a coûté 37 fr. 65 par jour ; à Bretonneau, 56 fr. 60 ; à Trousseau, 31 fr. 01 ; à Hérold, 40 fr. 82.

A la pouponnière d'Antony, un berceau a coûté 34 fr. 10 par jour en 1927.

La pouponnière de Boulogne compte 11 fr. par jour en 1927 (mais on ne compte ni le loyer ni bien d'autres frais) ; le budget prévu pour 1928 est de 450.000 francs.

b) Inconvénients des pouponnières.

Les pouponnières ont pour inconvénients tout d'abord les gros risques de **contagion**, et ensuite leur **prix** de revient excessif ; enfin, les enfants y sont élevés dans des **conditions anormales**, presque toujours couchés ; ils marchent tard, et sont en retard pour parler ; ils sont souvent tristes et pâles. Certaines pouponnières ont essayé d'avoir des stagiaires pour promener les enfants.

Le nombre des pouponnières est relativement peu élevé ; en 1926, à Paris et dans le département de la Seine, il n'y avait que 6 pouponnières ayant en tout 271 places. (*Rapport annuel du Préfet de Police* 1927.)

c) La Mortalité dans les pouponnières.

La mortalité dans les pouponnières n'est pas facile à évaluer ; certaines pouponnières ont été fermées parce qu'elles avaient plus de 33 p. 100 de mortalité (d'HEUCQUEVILLE). Dans les pouponnières très bien tenues la mortalité semble faible, mais il est difficile de savoir comment les statistiques ont été établies. Ne rend-on pas des enfants en mauvais état ? D'autre part, le triage des enfants est très différent selon les pouponnières. Dans certaines, où l'on tient à produire de belles statistiques, on ne prend que des enfants splendides, ayant déjà au moins trois mois ; dans d'autres plus soucieuses de sauver des vies d'enfants, on prend des enfants débiles, difficiles à élever et qui mourraient s'ils étaient élevés ailleurs. Nous ne donnerons pas de précisions sur

les chiffres de mortalité des diverses pouponnières ; ils varient entre 0,7 et 34 p. 100, chiffres extrêmes que nous ayons rencontrés au cours de notre enquête ; les six pouponnières du département de la Seine sont surveillées par la préfecture de police ; la mortalité en 1926 y a varié de 0 à 9,7 p. 100, et en 1927 de 2,39 à 7,6 p. 100 (d'après les statistiques fournies par la Préfecture).

Parmi les grandes causes de mortalité et de morbidité dans les pouponnières il faut mettre au premier plan les affections respiratoires.

d) A quelle catégorie d'enfants doit être réservée la pouponnière?

Les avis sur ce sujet sont partagés. Pour le D^r WALLICH et le D^r D'HEUCQUEVILLE la pouponnière ne doit être réservée qu'aux enfants tout à fait bien portants, et de préférence après qu'ils aient été nourris deux à trois mois au sein ; il est certain qu'on a ainsi beaucoup plus de satisfaction, la mortalité est faible. D'autre part, c'est un point de vue défendable, étant donné justement les gros frais d'élevage en pouponnière il est peut-être dommage de dépenser tant pour des sujets qui malgré tous les soins ont beaucoup de chances de succomber ; c'est un peu un raisonnement spartiate ; c'est aussi le raisonnement des éleveurs qui sélectionnent les belles races.

Pour le D^r VARIOT, au contraire, les pouponnières ne doivent s'appliquer qu'à l'élevage des débiles qui, sans une surveillance et des soins minutieux, ont toutes les chances de mourir ; c'était aussi l'avis du D^r MÉRY, qui a créé la pouponnière de Montreuil-sous-Bois en 1922, destinée aux enfants très délicats ou prématurés : la mortalité y varie entre 18 et 20 p. 100 (statistique portant sur 159 enfants en trois ans).

La Société d'Assistance Maternelle et Infantile, dirigée par M^{lle} LECLERC, assure à Montgeron le fonctionnement de deux pouponnières de 25 lits chacune, qui reçoivent des enfants sevrés. L'une d'elle est depuis 1924 plus spécialement réservée aux hérédo-syphilitiques provenant de la clinique Baudelocque.

Il y a encore d'autres pouponnières pour débiles, à Lyon notamment : pouponnière Rémond, etc. Pour M. Mourier, directeur de l'Assistance publique de la Seine, la pouponnière doit être réservée aux tout petits avant 3 mois et aux débiles ou aux hérédo-syphilitiques avant leur envoi dans des centres d'élevage ; c'est dans ce but qu'a été ouverte en avril 1927 la grande pouponnière d'Antony. La moitié des nourrissons abandonnés sont en état de débilité ou de maladie au moment de leur admission,

la plupart sont âgés de moins d'un mois.

Voici comment l'élevage de ces enfants est compris actuellement : les petits, qui après examen médical, sont considérés comme tout à fait normaux partent tout de suite, si une nourrice au sein se présente ; nous avons vu combien les nourrices au sein ont diminué, il n'y en a pas 200 par an ; ceux qui sont à peu près normaux sont placés à la Grande Crèche de l'Hospice dépositaire où on les garde environ jusque vers le 25^e jour ; on les y nourrit habituellement à l'allaitement mixte : sein et babeurre (1), un médecin les voit chaque jour.

Ceux qui sont en mauvais état, débiles, prématurés, hérédosyphilitiques ou malades et qui représentent la moitié environ des petits admis, sont placés dans deux nourriceries : PARROT et BILLARD qui comprennent de 30 à 40 berceaux. On les met à l'allaitement qui leur convient, et on les soigne. Lorsque ces enfants pèsent 3 kilogs environ et sont en progression pondérale à peu près satisfaisante, ils vont rejoindre ceux qui sont sortis de la Grande Crèche, à la pouponnière d'Antony qui comprend 150 berceaux. Dans cette pouponnière qui possède 12 nourrices, ces enfants vont rester un à deux mois et être habitués progressivement au lait ordinaire en passant habituellement par le babeurre et le lait condensé ; ce n'est que lorsqu'ils sont depuis 10 jours au lait ordinaire bouilli et qu'ils présentent une courbe de poids satisfaisante, qu'ils quittent la pouponnière pour aller dans un des 12 centres d'élevage de l'Assistance Publique. Les enfants hérédosyphilitiques sont à Antony dans une division spéciale et sont gardés plus longtemps ; on les soumet à un traitement intensif ; ensuite ils sont placés dans un centre qui leur est réservé, à Massy-Palaiseau, non loin d'Antony, où ils sont surveillés par une infirmière et par l'un des médecins de la pouponnière d'Antony ; leur traitement est continué pendant tout le temps nécessaire. La mortalité dans les nourriceries PARROT et BILLARD a beaucoup baissé grâce aux efforts constants du professeur MARFAN qui a obtenu entre autres un nombre élevé de nourrices au sein.

A Billard, la mortalité qui était de :

1919....	65,7 %	1921....	41,8 %
1920....	58,4 %	1922....	39,3 %

(1) L'Hospice dépositaire possède 20 nourrices au sein qui nourrissent leur propre enfant, et tirent en plus du lait pour les enfants débiles ou très jeunes. Ce lait leur est donné au biberon.

s'est abaissée graduellement à :

1923....	30 %	1925....	16 %
1924....	22 %	1926....	17 %

en 1927 la mortalité n'a été que de 13 p. 100 dans les deux nourriceries PARROT et BILLARD sur un effectif de 848 enfants.

Ces chiffres sont tout à fait satisfaisants si l'on considère que ces nourriceries ne reçoivent que de très jeunes nourrissons en tout à fait mauvais état ; des enfants pesant tous moins de 3 kgs.

(Remarquons qu'ainsi que nous l'avons déjà vu pour les enfants débiles nés de mères tuberculeuses à Baudelocque, les progrès de l'élevage ont amené une diminution considérable de la mortalité ; les soins minutieux et éclairés ne sont donc pas inutiles.)

La mortalité, pour tous les enfants au-dessous de un an, reçus à l'Hospice Dépositaire, a été de :

1924....	11,8 %	1926....	10,4 %
1925....	10 %	1927....	7,8 %

Les statistiques de mortalité à la pouponnière d'Antony ont été les suivantes :

du 20 avril au 31 décembre 1927, dans la division des normaux :

17 décès sur 160 enfants = 10,62 % ;

du 1^{er} janvier 27 au 31 décembre 1927, dans la division des hérédosyphilitiques :

29 décès sur 67 enfants = 43,28 % ;

du 31 décembre 27 au 31 décembre 28, dans la division des normaux :

91 décès sur 415 enfants = 21,92 % ;

la mortalité ayant surtout été élevée pendant les 6 premiers mois ; en effet, depuis le 1^{er} juillet, 12 p. 100 et si l'on considère les décès depuis le 1^{er} août 8 p. 100 seulement.

Dans la division des hérédos : 18 décès sur 135 enfants = 13,3 %.

Il faut considérer que pour cette catégorie d'enfants plus ou moins tarés et âgés de moins de 3 mois, une mortalité de 15 à 20 p. 100 est satisfaisante ; elle est infiniment inférieure à celle concernant ces mêmes enfants envoyés directement à la campagne chez des nourrices non surveillées.

Nous avons vu ce qu'on peut attendre du placement chez une nourrice isolée et non surveillée, puis du placement dans les pouponnières. Nous étudierons à présent le placement dans les *Centres de placement familial surveillé*.

c) PLACEMENT DANS LES CENTRES DE PLACEMENT FAMILIAL

Définition.

Un centre de placement familial est une organisation destinée à placer à la campagne, chez des nourrices groupées dans un rayon restreint, les nourrissons qui ne peuvent être élevés par leur mère et à exercer sur eux une surveillance étroite.

Les centres de placement familial sont aussi appelés *centres d'élevage, centres de placement rural surveillé, etc.*

Ces centres ont à la fois les avantages des pouponnières quant à la surveillance médicale et hygiénique, et ceux du placement habituel en nourrice quant à l'isolement du nourrisson et sa vie normale dans une famille.

Organisation des centres de placement familial.

Un centre de placement familial comporte tout d'abord des **nourrices**; ces nourrices sont, selon les régions, soit des paysannes, soit des femmes d'ouvriers, soit même de petites bourgeoises; il est nécessaire qu'elles soient groupées dans un rayon restreint afin que la surveillance puisse s'exercer plus facilement. Les nourrices sont choisies par le médecin et par l'infirmière après enquête soigneuse et examen médical.

La nourrice reçoit le matériel nécessaire à l'enfant : berceau, layette, etc., elle s'engage à conduire l'enfant régulièrement à la consultation et à accepter toute surveillance. La surveillance médicale est exercée par le **médecin** du centre, qui est habituellement un des médecins du pays plus spécialisé en pédiatrie; il voit chaque enfant à son arrivée, puis une fois par semaine à la consultation; si l'enfant est malade il va le voir chez la nourrice. C'est le médecin qui doit être le principal responsable du bon fonctionnement du centre et de sa surveillance générale.

Le centre possède à côté du médecin, une ou plusieurs **infirmières** qui sont chargées de visiter les nourrissons au domicile des nourrices et d'appliquer les traitements prescrits par le médecin. Nous verrons plus loin les conditions nécessaires au bon fonctionnement d'un centre et les principales difficultés que présente son organisation.

Il y a plusieurs types de centres :

Les centres simplifiés;

Les centres complets;

Les centres spécialisés.

Les **centres simplifiés** ne comportent qu'un médecin et une infirmière; certains plus que simplifiés, ne comprennent

qu'une infirmière chargée de la surveillance des nourrissons, et le médecin joue un rôle tout à fait secondaire ; il n'est appelé que lorsqu'un enfant est malade.

Les **Centres complets** possèdent, outre le médecin et les infirmières, un *dispensaire* qui comprend le logement des infirmières, une salle de consultation, une biberonnerie et une petite infirmerie, sorte de pouponnière en miniature avec 5 ou 6 berceaux isolés ; ces berceaux permettent de recevoir les petits arrivants, et aussi de reprendre un enfant malade que la nourrice ne pourrait soigner chez elle.

Le centre complet distribue des biberons tout préparés pour tous les nourrissons, — il est de beaucoup préférable au centre simplifié ; nous en discuterons plus loin.

Les **Centres spécialisés** sont des centres qui ne reçoivent qu'une catégorie d'enfants, ce qui simplifie leur organisation à certains points de vue.

Il y a aussi des centres pour enfants de tuberculeuses (centres de l'Œuvre Grancher et de l'Œuvre du Placement Familial des Tout Petits ; des centres pour les hérédosyphilitiques (centre de Massy-Palaiseau) ; des centres pour les enfants débiles et convalescents (centres de Mandres, de Gaillon, etc.) ; des centres pour les enfants bien portants ; des centres pour les enfants avant ou après 1 an ; des centres pour les enfants assistés.

FONCTIONNEMENT. — Nous verrons plus loin le fonctionnement des centres en faisant la description de certains d'entre eux.

Historique.

Le premier centre d'élevage fut créé aux Etats-Unis, par le D^r CHAPIN, ému de la grande mortalité des nourrissons élevés chez des nourrices non surveillées, ou dans des établissements pour bébés. Sur son initiative, en 1902, s'organisa la Speedwell Soc., dont le but fut la création de centres de placement familial. Le premier centre fut celui de Morristown qui commença à fonctionner en 1903. Ce centre reçut surtout des nourrissons délicats, convalescents, sortant des hôpitaux d'enfants. Les résultats furent excellents. En 1917, six centres créés par la Speedwell Soc. ont reçu 415 enfants.

En France, la première organisation de placement surveillé fut créée sur les conseils du D^r MÉRY en 1909 autour de la pouponnière de Porchefontaine, dirigée par M^{me} VEIL-PICARD ; il organisa les « Nids de Porchefontaine » où furent placés des nourris-

sons surveillés par le personnel de la pouponnière. Cette initiative resta isolée jusqu'en 1919 où brusquement apparaît toute une série de centres d'élevage créés par diverses sociétés privées, puis par l'Assistance Publique.

Liste des centres.

Voici la liste des divers centres de placement familial avec leurs traits généraux résumés, presque tous créés pour la région parisienne; cette liste probablement incomplète, je m'en excuse, mais aucune centralisation n'existant pour ce genre d'organisations, c'est avec beaucoup de peine que j'ai pu la dresser. Il semble, d'après les recherches que j'ai faites, que les grandes villes de France n'aient pas créé de centres d'élevage; dans tous les départements on trouve de très nombreuses consultations de nourrissons, gouttes de lait, crèches et pouponnières, mais pas de centres d'élevage à proprement parler.

Centres de l'Argonne Association.

1. MANDRES (S.-et-O.). : créé en 1919, pour 30 enfants, surtout débiles. Centre complet avec distribution de lait et infirmerie. Racheté depuis peu par la Caisse de compensation.
2. BRUNOY (S.-et-O.). : pour les grands enfants, principalement pour ceux sortant de Mandres.

Centres de l'Association de Travail et d'Assistance.

Créés sur l'initiative de M^{me} ZIMMERN; chaque centre peut recevoir 40 enfants environ. Presque tous sont des centres simplifiés avec une infirmière seulement — le lait est distribué en boîtes, non préparé —. Le rayon de placement est de 6 kilomètres environ, parfois davantage; les plus jeunes nourrissons sont placés plus près.

Les 4 centres qui reçoivent sans triage des Enfants Assistés possèdent une infirmerie-dispensaire.

1. CLERMONT (Oise) : créé en 1926, reçoit les enfants de l'Assistance Publique de l'Oise; enfants très jeunes et en mauvais état; possède un dispensaire surveillé par M^{me} HOSTATER.
2. VAUX-LE-PENIL (S.-et-M.) : créé en 1924, reçoit les enfants de l'Assistance Publique de Seine-et-Marne; en mauvais état également à l'arrivée; possède un dispensaire subventionné et surveillé par M^{me} DE FAUCIGNY LUCINGE.

3. CHAUMONT (Oise) : créé en 1925, reçoit les enfants de l'Assistance publique de l'Oise, et les débiles du service du P^r NOBECOURT, des Enfants Malades ; possède un dispensaire.
4. CHEVREUSE (S.-et-O.) : créé en 1924, reçoit des enfants de l'Assistance Publique de S.-et-O. et de la Seine, possède un dispensaire — subventionné et surveillé par M^{me} KORN.
5. MAULE : créé en 1921.
6. HOUDAN : créé en 1911, reçoit des enfants de plus de 8 m. et jusqu'à 5 ans.
7. CEPOY : créé en 1924, *id.*
8. MANOU : créé en 1919, *id.*
9. SOIGNOLLES : créé en 1927.
10. MOUY : créé en 1927.
11. LA LOUPE : créé en 1924, surveillé par M^{me} KOPPE.

Plusieurs autres centres ont fonctionné depuis 1919 qui ne figurent pas sur cette liste car ils ont été fermés ou déplacés depuis.

A propos des centres de cette œuvre nous citerons l'opinion du P^r NOBECOURT, qu'il a exprimée à une assemblée générale de l'OEuvre : *« Je ne saurais assez souligner l'utilité et l'importance des centres organisés par votre œuvre, notamment de celui de Chaumont, pour recevoir les bébés débiles ou convalescents qui encombrant à l'habitude les services de médecine des hôpitaux d'enfants. Avant que cette création bienfaisante n'existât, nous étions forcés de conserver à l'hôpital les misérables bébés dont la mère malheureuse ne pouvait se charger ou qui, repris provisoirement par celle-ci, nous revenait bientôt dans un état plus lamentable encore, condamnés à mourir promptement, soit de cachexie, soit victimes de contagion gagnée au contact d'autres hospitalisés. »* Après avoir insisté sur la catégorie d'enfants tout à fait débiles et tarés que reçoit ce centre, le P^r NOBECOURT ajoute : *« cependant, malgré ces circonstances contraires, nous avons eu la satisfaction de sauvegarder l'existence de bébés qui, non envoyés aux centres d'élevage, fussent certainement morts. »*

Centres de M^{me} Dubost.

1. MAINVILLE (S.-et-O.) : créé en 1920 pour 50 enfants, a reçu pendant quelques années des enfants de tuberculeuses ; actuellement donné, depuis 1925, à l'Assistance Publique de la Seine ; possède une infirmerie-dispensaire. Centre

d'hygiène pour la région.

2. DRAVEIL (S.-et-O.) : Annexé depuis 1921 à Mainville, distribution de lait et infirmière, pas d'infirmier.
3. MILLY (S.-et-O.) : créé en 1922 pour 60 enfants de 0 à 2 ans, donné à l'Assistance publique de Seine-et-Oise en 1926 ; reçoit à présent en plus des 60 nourrissons, 90 enfants environ de 1 à 13 ans ; possède une infirmerie-dispensaire.

Centres des Amis des Enfants.

Oeuvre créée par des médecins des hôpitaux (D^{rs} GUINON, MÉRY, RIBADEAU-DUMAS, VEAU, etc.).

1. GAILLON : créé en 1923, pour 50 enfants ; reçoit les débiles et convalescents des hôpitaux d'enfants ; possède une infirmerie-dispensaire.
2. SAINT-LEU-D'ESSERANT : créé en mai 1928, reçoit des enfants de la Caisse de Compensation.

Centre de l'Aide aux nourrissons.

Oeuvre rattachée à l'Union Protestante de l'Enfance.

1. BOISSY-LE-CHATEL près Coulommiers, créé en 1924, pour 30 enfants. Centre simplifié, pas d'infirmier.

Centres de la Nouvelle Etoile des Petits Enfants de France.

1. MONTMORENCY (S.-et-O.) : créé en fév. 1923, par M^{me} GONSE-BOAS, pour 60 enfants ; centre complet avec dispensaire-infirmier ; centre d'hygiène pour la région.
2. TERGNIER (Aisne) : créé en 1924 par la Compagnie des Chemins de fer du Nord, reçoit 30 enfants ; centre complet avec dispensaire-infirmier.
3. LONGUEAU (Somme) : créé en 1921, par la Compagnie des Chemins de fer du Nord, reçoit 50 enfants ; centre complet, avec infirmier.
4. GAUCHY, *id.*

Le professeur COUVELAIRE, à une réunion générale a dit de ces centres : « j'ai visité ces centres, on peut les considérer comme des modèles. J'ai été convaincu une fois de plus que la formule de placement familial surveillé tel qu'il a été conçu jadis par M. MERY et dont la première réalisation a été celle des Nids de Porchefontaine, est une excellente formule. »

Centres de M^{me} Lorthiois

1. LINSSELLES (Nord) : créé en mai 1926, pour 50 enfants, re-

çoit en partie des enfants de l'Assistance publique de Lille, en très mauvais état. Centre complet avec dispensaire-infirmerie.

2. BONDUES (Nord) : créé en mai 1927, pour 60 enfants, annexé à Linselles, centre simplifié, mais avec dispensaire et distribution de lait ; reçoit la même catégorie d'enfants que Luiselles.

Centres de la Pouponnière de Porchefontaine.

PORCHEFONTAINE (LES NIDS) : créé en 1909, possède une infirmerie-dispensaire.

Centres de la Société de Secours aux Blessés Militaires.

VERVAINE (Orne), créé en 1928, possède une infirmerie.

Centres de l'Œuvre des Mères et des Enfants.

SÉRIFONTAINE créé en 1923 pour les enfants de l'Assistance publique de l'Oise ; centre simplifié.

Centres de l'Œuvre du Placement Familial des Tout-Petits.

Créés pour les enfants des tuberculeux de 0 à 4 ans. Œuvre fondée en avril 1920, sur l'initiative du P^r LÉON-BERNARD. Les enfants sont recrutés par la consultation du dispensaire LEON-BOURCEOIS, par l'Office d'hygiène, par les services sociaux des maternités et des hôpitaux.

Ne sont placés que les enfants sûrement indemnes de tuberculose évolutive — et après examen rigoureux. Cependant on admet des nourrissons qui ont une cuti-réaction positive ; 4 centres complets ; 5 postes secondaires :

1. SALBRIS (Loir-et-Cher) : créé en 1920, pour 50 enfants de 0 à 15 mois ; centre complet avec infirmerie-dispensaire et distribution de biberons.
2. SAINT-VIATRE (Loir-et-Cher) : créé en 1921, poste secondaire de Salbris. 30 enfants de 15 mois à 4 ans.
3. SELLES-SAINT-DENIS (Loir-et-Cher) : créé en 1924, également poste secondaire, pour 30 enfants, de 15 mois à 4 ans.
4. ARGENT (Cher) : créé en 1922, pour 50 enfants de 0 à 15 m. ; centre complet avec infirmerie-dispensaire et distribution de biberons.
5. BLANCAFORT (Cher) : créé en 1923, pour 30 enfants de 15 mois à 4 ans ; poste secondaire.

6. CLEMONT (Cher) : créé en 1927, *id.*
7. BRINON (Cher) : créé en 1928, *id.*
8. LA FERTÉ-SAINT-AUBIN (Loiret) : créé en 1922 pour 50 enfants de 0 à 15 mois ; centre complet avec distribution de biberons.
9. MARCHILLY-EN-VILLETTE (Loiret) : créé en 1923 pour 30 enfants de 15 mois à 4 ans ; poste secondaire.

Le Pr LEON-BERNARD à l'assemblée générale de l'OEuvre, le 6 février 1928, après avoir exposé le fonctionnement des centres de l'OEuvre et indiqué les taux de mortalité qui ont été très bas, ajoute ceci : « *Je m'en voudrais d'insister sur la portée de pareils chiffres comme témoignage du succès de l'OEuvre... Je désire plutôt attirer une fois de plus l'attention des pouvoirs publics sur l'intérêt majeur qu'il y aurait à tenir compte de pareils résultats pour l'organisation générale en France de la protection des enfants séparés : combien de vies humaines récupérerait-on, si l'on substituait dans tout le pays des centres de placement familial surveillé, conçus sur les types réalisés par votre OEuvre au système actuellement appliqué aux enfants assistés et protégés. Et de quel poids devrait être dans l'esprit des gouvernants la dépense d'une pareille institution au regard du gain de capital humain qui en serait la conséquence certaine? »* »

Centres de l'OEuvre Grancher.

L'OEuvre GRANCHER est la première œuvre qui ait organisé le placement familial des enfants de tuberculeux : elle était primitivement réservée aux enfants de plus de 3 ans ; depuis 1921 elle a créé des centres pour les nourrissons vivant en milieu contaminé ; ces centres sont comparables à ceux du Placement familial des Tout-Petits.

1. COUTURE (Loir-et-Cher) : créé en 1921, pour 20 enfants ; centre complet avec distribution de lait et dispensaire-infirmerie.
2. MENESTRAU-EN-VILLETTE : centre simplifié.
3. YVRE-L'ÉVÊQUE (Sarthe) : centre complet avec distribution de biberons.

Diverses filiales de province de l'OEuvre GRANCHER reçoivent aussi des nourrissons sans avoir créé de centres uniquement réservés pour eux.

Centres de l'Appui Maternel auprès de la Clinique de l'Hôpital Tarnier.

OEuvre créée par M^{me} BRINDEAU.

1. LONGUE : créé en 1922, reçoit 20 enfants dont les mères ont accouché à Tarnier ; centre simplifié, surveillé par le médecin du pays et sa femme ; pas d'infirmier ni de distribution de lait.
2. PALAISEAU : petit centre de 10 enfants, simplifié, surveillé par le médecin du pays.
3. SAINT-GERMAIN : essai récent de placement familial surveillé, simplifié.

Centre de Blamont (Meurthe-et-Moselle)

Groupé autour d'une maison maternelle et d'une pouponnière avec école de puériculture.

Centres de l'Assistance Publique de la Seine.

Ces centres ont été créés sur l'initiative de M. MOURIER, directeur de l'Assistance publique, ému par la grande mortalité des enfants assistés ; à une assemblée générale de l'Oeuvre de la Nouvelle Etoile, il dit ceci : « en 1920, la mortalité atteignait 42 p. 100. Il fallait donc prendre des mesures, changer de méthodes, il fallait trouver le moyen de faire disparaître ce nombre élevé de décès. C'est alors que nous nous sommes tournés vers des centres d'élevage. C'est alors que nous vous avons demandé de prendre quelque-uns de nos enfants à Roye et à Longueau, c'est alors que nous avons sollicité d'autres œuvres. Le résultat ne s'est point fait attendre ; au bout de trois ans, le chiffre de la mortalité est tombé de 42 à 11 p. 100. C'est dire le résultat important que nous avons obtenu, grâce à vous. »

Les centres de l'Assistance sont à 5 heures de chemin de fer de Paris au maximum ; ce sont presque tous des centres simplifiés avec infirmière et médecin sans distribution de lait, recevant 50 enfants ; seuls, Montluçon, Moulins, Mainville et Chevreuse ont un dispensaire. Les enfants sont gardés de 3 à 15 mois, ils arrivent sortant de la pouponnière d'Antony, comme nous l'avons vu précédemment.

MONTLUÇON, créé en 1924.

MOULINS-SUR-ALLIER, créé en 1924.

NEVERS, fermé en 1928.

TOUCY, créé en 1924.

LA CHATRE, créé en 1925.

PREMERY, créé en 1926.

BELLÈME, créé en 1926.

SAINT-POURÇAIN-SUR-SIOULE, créé en 1926.

ECOMMOY, créé en 1926.

SAINT-CALAIS, créé en 1927.

MASSY-PALAISEAU, créé en 1928.

MAINVILLE, créé par M^{me} DUBOST, en 1926, donné à l'A. P. en 25.

CHEVREUSE, créé par l'OEuvre de Travail et d'Assistance, et réservé aux enfants de l'A. P.

Dans tous les centres réunis, il y a environ 2.000 places par an ; près de 3.000 enfants y sont reçus chaque année, chacun ne restant pas toujours une année entière. Or, en 1922, le D^r GUNON évaluait à 300, les places disponibles dans les 11 centres existant à cette époque ; les progrès sont donc importants, cependant ils restent bien insuffisants si l'on considère que dans le département de la Seine, 12.000 enfants de moins de 1 an sont placés chaque année en nourrice. Ce n'est donc point 50 centres, mais 300 au moins qui seraient nécessaires, pour élever les nourrissons de Paris et de sa banlieue.

Description de quelques centres.

La description de tous les centres entraînerait de nombreuses répétitions, cependant presque chacun d'eux comportant quelques particularités intéressantes, nous décrirons en détail trois des centres parmi les mieux organisés, puis nous parlerons des détails particuliers à certains autres :

Centre de Mandres (S.-et-O.).

Ce centre fut créé en 1919 par « l'Argonne Association » œuvre américaine organisée par le D^r ROYAL STORRS HAYNES, attaché au Bureau des Enfants de la Croix-Rouge Américaine en France; il reçoit 30 enfants de 3 mois environ à 3 ans.

LE DISPENSAIRE.

L'organisme central est un petit dispensaire-infirmerie aménagé dans une maisonnette du village et qui comprend : une salle de consultation, une salle d'attente, une cuisine, une biberonnerie, deux chambres pour les infirmières, deux chambres d'isolement boxées avec chacune un berceau et une baignoire, et une chambre avec deux berceaux isolés par des rideaux, où sont placés les enfants en surveillance.

Un jardin abrité permet de mettre les enfants en plein air.

LE PERSONNEL.

Le personnel de ce centre est composé de *deux infirmières* dont

l'une plus spécialement chargée des visites, et l'autre du dispensaire et de la direction générale : elles ont un traitement de 900 francs environ, tous frais payés. *Une bonne* et un *garçon*, occupé le matin à livrer les biberons, complètent le personnel.

MODE DE RECRUTEMENT DES ENFANTS.

Les enfants sont admis vers 3 mois et gardés jusqu'à 3 ans ; quelques-uns sont pris plus jeunes ; ils sont en majorité recrutés par les infirmières du service social des Hôpitaux de Paris ; quelques-uns sont placés par l'Assistance publique ou adressés par leurs parents directement. Une enquête sociale est toujours faite avant l'admission ; elle a pour but de s'assurer de l'impossibilité pour la mère de garder son enfant. La plupart des enfants sont des enfants de femmes seules (domestiques, etc...). Avant d'arriver au centre ils sont examinés par le D^r RIBADEAU-DUMAS, qui décide de leur admission ; une fiche médicale complète est établie avant le départ, mentionnant entre autres les résultats de la cuti-réaction et de WASSERMANN ; le D^r RIBADEAU-DUMAS indique également l'alimentation qui devra être donnée à l'enfant à son arrivée.

Aucune condition n'est imposée pour l'admission, le seul souci est de sauver des vies d'enfants ; on les prend donc souvent en mauvais état. La seule chose sur laquelle on insiste est que la mère nourrisse autant que possible l'enfant jusqu'à trois mois, dans un asile d'allaitement au besoin.

LA SURVEILLANCE DES ARRIVANTS.

Les enfants à leur arrivée font un stage à la petite infirmerie de Mandres où ils sont surveillés attentivement par l'infirmière et par le médecin de Mandres, ils y restent une huitaine de jours et s'ils semblent en assez bon état et digèrent bien l'aliment qu'on leur donne, on les place chez une nourrice.

LE RECRUTEMENT DES NOURRICES.

Les nourrices sont choisies par les infirmières et par le médecin du centre, après enquête soigneuse ; on ne donne de nourrissons qu'aux femmes propres ayant une maison saine, de préférence avec jardin ; et on ne place les enfants que dans un rayon de 2 kilomètres environ.

L'Œuvre fournit à chaque nourrice le trousseau, le lit et la literie, et une voiture pour promener l'enfant.

SURVEILLANCE DES ENFANTS PLACÉS CHEZ LA NOURRICE.

Les enfants sont tous amenés une fois par semaine au dispensaire où a lieu une consultation faite par le médecin aidé de l'infirmière. (La nourrice reçoit une prime d'un franc par séance). L'enfant est pesé et examiné, une fiche médicale détaillée est tenue au courant régulièrement. Le médecin prescrit le régime et le traitement s'il y a lieu.

L'infirmière se rend presque chaque jour au domicile de tous les nourrissons ; elle va toujours sans prévenir de sa visite, elle inspecte tous les détails concernant l'hygiène du nourrisson et elle exécute elle-même les soins prescrits par le médecin (traitement anti-syphilitique, pansements, etc.). La nourrice s'engage en acceptant un nourrisson, à accepter toute surveillance.

ALIMENTATION DES ENFANTS.

Tous les biberons sont préparés au dispensaire par l'infirmière, selon les prescriptions du médecin, et remis aux nourrices qui n'ont pas le droit de donner autre chose au nourrisson. Les nourrices qui habitent près viennent chaque jour chercher le panier contenant les biberons pour les vingt-quatre heures et rapportent ceux de la veille vides et lavés. Un garçon livre à bicyclette les biberons aux nourrices habitant un peu plus loin. (Ce contact journalier avec les nourrices permet d'avoir des nouvelles du nourrisson en plus des visites faites par l'infirmière.) Les divers laits sont employés : lait en poudre, lait stérilisé, lait condensé, babeurre, etc...

LES SOINS AUX ENFANTS MALADES.

Lorsqu'un enfant est malade, il est habituellement laissé chez sa nourrice qui le soigne avec l'aide de l'infirmière et du médecin du centre.

Exceptionnellement l'enfant est dirigé sur un hôpital de Paris (dans ce cas le décès est inscrit au compte du centre s'il se produit). Souvent l'enfant est repris au dispensaire, isolé dans une boxe et soigné par l'infirmière et le médecin pendant la durée de sa maladie.

(1) Sur la demande de la préfecture de l'Oise une consultation a lieu une fois par mois au dispensaire pour les nourrissons de tout le pays.

PLACEMENT DES ENFANTS ATTEIGNANT LA LIMITE D'ÂGE.

Les enfants de plus de trois ans sont soit repris par leurs parents, soit repris par l'Assistance publique si c'est elle qui les y avaient placés, soit envoyés au centre de Brunoy, centre de grands enfants, créé également par l'Argonne Association et où ils restent jusqu'à quatorze ou dix-sept ans; on leur apprend là un métier (70 enfants).

Lorsque les nourrissons sont abandonnés, l'œuvre tâche de les faire adopter (6 adoptions depuis la création du centre).

Afin d'éviter les abandons, le centre a le souci constant de rester en relation avec la mère, à laquelle est adressé souvent un bulletin de santé; on provoque ses visites le plus souvent possible.

RESSOURCES DE L'ŒUVRE.

Jusqu'à ces dernières années des cotisations américaines ont couvert une grande partie des frais. A présent l'œuvre vit de cotisations privées surtout. Les subventions officielles sont insuffisantes. Le recrutement des fonds nécessaires constitue un gros souci pour les membres de l'œuvre. La caisse de Compensation est en pourparlers pour reprendre le centre.

CENTRE DE LINSSELLES

Parmi les centres complets il y a le très beau centre de Linselles (Nord), créé par M^{me} LORTHOIS. Il fut ouvert en mai 1926 et reçoit 50 enfants; 80 p. 100 des enfants sont des petits abandonnés de l'A. P. de Lille, qui arrivent dans un état lamentable. 10 p. 100 sont des enfants des ouvriers des filatures de Roubaix et de Tourcoing. (Le Consortium de l'Industrie textile de Roubaix-Tourcoing paye leurs frais d'élevage.) 10 p. 100 sont placés par leurs parents.

Les enfants arrivent vers l'âge d'un mois, quelquefois moins, et sont gardés jusqu'à dix-huit mois pour les enfants de l'A. P. de Lille, jusqu'à deux ans pour les autres.

Le centre de Linselles comprend un immense et splendide bâtiment moderne avec chauffage central et eau courante, qui a été construit par M. et M^{me} LORTHOIS; il comprend, outre le logement du personnel, qui est spacieux, gai et charmant, une infirmerie qui est le modèle du genre, avec 7 boxes vitrés, complètement isolés, contenant une baignoire et tous les objets indivi-

duels de l'enfant ; chaque boxe communique avec une galerie ensoleillée qui donne sur le jardin ; une biberonnerie, plusieurs salles de consultation, une vaste salle d'attente, une salle pour les rayons ultra-violets qui fonctionnent trois fois par semaine.

Le personnel est composé de :

- 1 directrice (payée 1.000 fr. et défrayée de tout) ;
- 1 infirmière pour l'infirmerie ;
- 1 infirmière visiteuse ;
- 1 fille de salle ;
- 1 biberonnière ;
- 1 veilleuse de nuit ;
- 1 cuisinière ;
- 1 blanchisseuse.

En plus il y a un homme pour l'entretien du calorifère et pour les gros ouvrages, et un jardinier. En tout 10 personnes, dont 7 logées.

Aucun enfant n'est admis sans enquête sociale préalable faite au domicile des parents par M^{me} LORTHIOIS personnellement, qui tente l'impossible pour que la mère nourrisse son enfant au moins pendant quelques mois ; elle leur propose même de leur payer 120 francs par mois pendant quatre mois si elles nourrissent leur enfant au sein avant de le placer au centre. (Deux réussites en deux ans.)

Parfois elle décide la mère à s'installer au centre pour y sevrer son enfant progressivement. (Un boxe est réservé à cet usage à l'infirmerie.) Pendant le sevrage, la mère fournit un peu de son lait aux nourrissons de l'infirmerie, ce qui est très intéressant.

Aucun enfant n'est placé directement chez la nourrice ; il reste toujours quelque temps en surveillance à l'infirmerie.

La surveillance des enfants s'effectue comme à Mandres. Les nourrissons sont placés dans un rayon de 2 km. ; chaque nourrice a un ou deux enfants, quatre au maximum et seulement quand elle a pour l'aider une fille de plus de quinze ans.

L'infirmière visite les enfants à bicyclette ; elle voit chaque jour les plus jeunes, puis elle les visite au moins une fois par semaine ; elle exécute les soins et les traitements anti-syphilitiques à domicile. Tous les biberons sont préparés au centre, les nourrices viennent les chercher chaque matin. Le médecin passe chaque jour voir les nourrissons de l'infirmerie, et fait en plus une consultation par semaine où tous les nourrissons du centre lui sont amenés ; il visite les nourrissons malades chez la

nourrice .Le médecin reçoit une rétribution de 500 francs par mois.

Les nourrices reçoivent pour chaque enfant tout ce qui leur est nécessaire.

M^{me} LORTHOIS envisage la création d'une petite pouponnière de 15 lits pour les débiles qui ont besoin de soins très particuliers et dont les nourrices n'aiment point avoir la charge.

CENTRE DE MONTMORENCY

Le centre de Montmorency a été créé en 1918 par M^{me} GONSE-BOAS avec l'aide de la Nouvelle Etoile des Petits Enfants de France. C'est également un centre parfait et qui fonctionne tout à fait bien. Il surveille 60 enfants de 0 à 3 ans; une visiteuse sociale fait une enquête avant l'admission de l'enfant et insiste auprès de la mère pour qu'elle le nourrisse au moins trois mois. Le bâtiment central est aménagé d'une façon excellente; il a été construit par M. et M^{me} GONSE-BOAS en mémoire du capitaine GONSE, frère de M^{me} GONSE-BOAS, tué pendant la guerre. Il comprend une vaste salle d'attente avec 50 demi-boxes, ce qui est très important pour éviter les contagions des enfants qui attendent; une salle de pesée, une salle d'examen, une salle de pansements, une biberonnerie, une salle de douches et de soins dentaires pour les enfants plus grands, etc. Il comprend aussi une petite infirmerie parfaitement bien comprise avec 4 demi-boxes et 1 boxe complet, comportant chacun tout ce qui est nécessaire à l'enfant. Le personnel résident est composé de : une surveillante payée 900 fr.; une infirmière payée 850 fr.; deux stagiaires; deux domestiques et une laveuse. (Les infirmières sont logées, blanchies, servies, mais non nourries.)

Les enfants sont vus par le D^r LÉSNÉ à Trousseau avant leur admission; le fonctionnement du centre est le même que celui de Mandres et de Linselles. M^{me} GONSE insiste sur la nécessité du stage à l'infirmerie avant le placement chez les nourrices; pratiquement, jamais un enfant n'est placé avant trois mois.

La distribution des biberons ne se fait que pour les nourrices logées très près du dispensaire (une quinzaine environ); les autres ont un stérilisateur et préparent les biberons elles-mêmes. Les enfants malades ne sont jamais envoyés à l'hôpital, ils sont soit soignés chez la nourrice, soit pris à l'infirmerie du centre. L'œuvre fournit aux nourrices tout ce qui est nécessaire à l'enfant (matériel estimé à 5 ou 600 francs).

Particularités de certains centres

GROUPEMENT DE PLUSIEURS CENTRES.

Certains centres sont groupés dans plusieurs communes voisines ; un des centres est complet avec infirmerie, les autres sont simplifiés ; ceci est d'un bon rendement économique ; parmi les centres ainsi groupés, citons les centres de M^{me} LORTINOIS, près de Lille : le centre de Linselles est un centre tout à fait complet ainsi que nous l'avons vu ; à 3 km. de là le centre de Bondues fonctionne seulement avec une infirmière logée dans une petite maison du pays aménagée très simplement en dispensaire ; l'infirmière prépare les biberons : une consultation a lieu chaque semaine au petit dispensaire, faite par le médecin de Bondues ; une installation de rayons ultra-violets fonctionne trois fois par semaine.

Les enfants ne sont placés chez les nourrices de Bondues qu'après avoir fait un stage à l'infirmerie de Linselles. La directrice de Linselles surveille aussi le centre de Bondues.

Le centre de Mainville possède aussi un poste secondaire à Draveil, où a lieu une consultation de nourrissons avec distribution des biberons et surveillance par une infirmière.

Les centres de l'OEuvre de Placement Familial des Tout-Petits fonctionnent de même façon ; aux trois centres complets : Salbris, Argent, La Ferté-Saint-Aubin, sont annexés un ou deux postes secondaires où sont placés les enfants ayant plus de quinze mois, nécessitant une surveillance moins constante ; à Saint-Viâtre notamment la surveillance des nourrissons est effectuée seulement par une sage-femme du pays.

Le centre de Mandres, créé par l'Argonne Association, place ensuite les enfants ayant atteint la limite d'âge au centre de Bruyoy ainsi que nous l'avons déjà vu.

ASSOCIATION DES CENTRES AVEC UNE POUPONNIERE.

C'est l'Assistance Publique de la Seine qui, sur l'initiative de M. MOURIER a créé cette association dont nous avons déjà parlé.

Les tout-petits sont gardés en pouponnière jusqu'à trois mois et placés dans des centres ensuite. M. MOURIER considère que c'est la meilleure formule : à un récent rapport au Conseil général de la Seine, M. REBEILLARD, conseiller général, a parlé en ces termes : « ...La plupart des pouponnières ont été vivement critiquées. La pouponnière, internat de nourrissons, est en principe mauvaise ; rien ne vaut, en effet, la mère pour s'occuper de

son nourrisson. En dehors de cette règle conforme à la nature, tous les systèmes sont plus ou moins mauvais. Mais en ce qui concerne les Enfants Assistés, l'Administration se trouve en présence de nécessités inéluctables : puisque la mère a disparu il faut bien recourir à l'élevage mercenaire ; et puisque les nourrices au sein sont de plus en plus rares, il faut bien recourir à l'allaitement artificiel. Or si la pouponnière qui garde l'enfant jusqu'à un an est critiquable, je crois très sincèrement que la pouponnière jusqu'à deux ou trois mois, puis l'envoi au centre d'élevage après cet âge, qu'en un mot la combinaison de la pouponnière et du centre d'élevage représente actuellement la formule la meilleure pour sauvegarder la vie du nourrisson abandonné. »

Certains centres privés ont aussi cette notion ; nous avons vu que M^{me} LORTHIOIS, qui reçoit dans ses centres des petits abandonnés de l'A. P. de Lille, envisage la création d'une petite pouponnière où resteraient les débiles pendant quelques mois.

CENTRES S'OCCUPANT DE TOUS LES NOURRISSONS DU PAYS. — CENTRES D'HYGIENE.

Tous les centres ont un grand rôle dans l'éducation des campagnes, et grâce à eux de bonnes notions sur l'élevage des enfants pénètrent chez les paysans ; mais certains centres ne se contentent pas de surveiller les nourrissons dont ils ont la charge, ils étendent leur protection à tous les nourrissons du pays et même à tous les habitants grands et petits ; et non seulement au point de vue hygiénique, mais au point de vue médical. (Nous verrons plus loin les inconvénients que cela peut comporter.)

A Mainville, par exemple, le centre surveille tous les nouveau-nés du pays, dont la liste est fournie par la Mairie ; tous les enfants de 0 à 2 ans peuvent venir à la consultation et peuvent se fournir de lait au dispensaire ; l'infirmière soigne souvent des enfants du pays. Le centre assure les consultations de nourrissons de la Mairie, et distribue les primes d'allaitement et les secours de couches. Les carnets de nourrices pour les nourrissons ne dépendant pas du centre ne sont délivrés que sur avis favorable de la directrice du centre après enquête. De plus, des cours de puériculture sont faits aux petites filles des écoles. Une consultation prénatale a été organisée ; de même qu'une corbeille circulante pour fournir les objets nécessaires aux accouchements, etc.

Le centre a fait faire de gros progrès dans l'élevage des enfants de tout le pays.

Le centre de Montmorency a à peu près les mêmes attribu-

tions ; il suit tous les enfants jusqu'à treize ans ; il a des consultations spéciales de toutes sortes, fait des cours de puériculture aux petites filles des écoles, etc.

Les centres qui étendent ainsi leurs fonctions à tout le pays jouent aussi un très grand rôle dans le dépistage et le traitement de la syphilis, ainsi que nous le verrons plus loin.

SERVICE SOCIAL ANNEXÉ AUX CENTRES.

Certains centres ont le plus grand souci d'intéresser la mère au sort de son enfant placé au centre et de rester en liaison avec elle le plus possible. Le centre de Boissy-le-Châtel, dirigé par M^{me} le D^r BESSON, possède à ce point de vue un organisme intéressant : une infirmière sociale est spécialement chargée de visiter la mère, d'abord avant le placement, pour s'assurer des conditions sociales qui nécessitent la séparation, puis de visiter les nourrissons une fois par mois environ au centre, et de porter des nouvelles à la mère ; cette infirmière s'occupe en outre de trouver du travail à la mère et de placer l'enfant dans les meilleures conditions quand il atteint la limite d'âge. L'infirmière s'occupe aussi de faire adopter certains enfants abandonnés au centre.

Dans d'autres centres on envoie régulièrement des bulletins de santé.

Il est très important de ne prendre dans les centres que les enfants dont la mère ne peut vraiment s'occuper, et de ne pas encourager la séparation de la mère et de l'enfant. Le professeur COUVELAIRE, à une réunion de l'Œuvre de la Nouvelle-Etoile, a dit : « J'admets le placement familial surveillé pour les enfants qui n'ont plus de mère, pour les enfants dont les mères sont malades, et contagieuses, comme les tuberculeuses ; j'admets le centre de placement surveillé pour les enfants qui n'ont plus un besoin absolu de leur mère, et dont les mères ont besoin de travailler. Mais un centre de placement en nourrice pour les premiers mois, cela me paraît une monstruosité ! Mais enfin, le centre de placement surveillé c'est tout de même mieux que le placement en nourrice non surveillé ou mal surveillé, et je considère que les centres du genre de ceux que vous avez créés et que vous surveillez réalisent, dans des conditions aussi favorables que possible, l'application de la loi Roussel. »

PEDIATRES CONSULTANTS.

Dans plusieurs centres un pédiatre tout à fait spécialisé dans l'élevage des nourrissons vient une fois tous les mois ou toutes

les six semaines faire la consultation au dispensaire du centre avec le médecin du pays ; ceci a un gros intérêt et permet d'instruire le médecin du pays, qui n'a pas toujours les notions les plus récentes sur la médecine infantile. A Mainville, le D^r BLECHMAN fait une consultation toutes les six semaines.

Le D^r HALLEZ va à Milly une fois par mois ; à Mandres, le D^r RIBADEAU-DUMAS fait la consultation de temps en temps ; à Chaumont, le D^r JANET fait la consultation chaque mois (mais sans le médecin du pays). A Montmorency, un assistant de la clinique Baudelocque fait chaque mois une consultation antisyphilitique.

Le P^r LÉON-BERNARD, les D^{rs} DEBRE et LELONG dirigent personnellement la surveillance médicale des centres du Placement Familial des Tout-Petits et les visitent souvent.

Les consultants spécialisés sont habituellement très bien accueillis par les médecins des centres. Dans certains centres les médecins de campagne regrettent bien de ne pas avoir de consultant pour partager les responsabilités et leur enseigner les derniers progrès de la puériculture.

CHAMBRE DE SEVRAGE.

La question du sevrage du nourrisson avant son envoi dans les centres a beaucoup inquiété certains médecins des centres ; en effet, il arrive que des nourrissons soient envoyés sans précautions, sevrés brusquement ; certains centres possèdent, pour éviter les inconvénients du sevrage ainsi pratiqué, une « chambre de sevrage ».

A Linselles une chambre est réservée à une mère venant sevrer son enfant au centre. Le Placement Familial des Tout-Petits possède aussi dans ses 3 centres complets, à Salbris, à la Ferté-Saint-Aubin et à Argent une chambre d'allaitement pour recevoir une mère et son enfant pendant la période du sevrage (lorsque le père seul est tuberculeux). Le sevrage est ainsi accompli dans les meilleures conditions et sous surveillance médicale ; en 1927, 10 mères ont sevré leur enfant dans ces conditions ; 14, en 1926. Au centre de Maule on n'accepte les enfants que s'ils ont été nourris par leur mère d'abord pendant un mois dans un asile de convalescence, puis sevré en 15 jours ou trois semaines dans une œuvre à Billancourt où trois chambres sont toujours réservées à cet usage. La mère qui veut placer son enfant dans ce centre doit accepter ces obligations.

LAIT DE FEMME.

La question du lait de femme a une très grosse importance, surtout dans les centres qui reçoivent des débiles ou de très jeunes enfants. Dans les centres qui possèdent une chambre de sevrage, la mère, pendant qu'elle sèvre son enfant, donne un peu de lait pour les enfants de l'infirmerie qui en ont besoin.

A Chaumont, le dispensaire possède en plus de l'infirmière, deux berceuses qui sont habituellement des filles-mères avec leur enfant ; elles doivent nourrir leur propre enfant à l'allaitement mixte et donner le surplus de leur lait pour les enfants de l'infirmerie, pour qui il est nécessaire ; elles sont rétribuées 100 francs par mois, défrayées de tout pour elles et leur enfant, et leur lait est payé en plus, à raison de 5 francs le litre.

A Milly, plusieurs femmes du village viennent tirer leur lait au dispensaire, il leur est acheté 15 francs le litre ; en tout temps deux ou trois femmes viennent plusieurs fois par jour.

L'ALIMENTATION DES NOURRISSONS.

Cette question est diversement résolue dans les différents centres. Dans les centres de l'Assistance Publique de la Seine on ne fournit pas le lait, mais on fournit à chaque nourrice un stérilisateur ; l'infirmière du centre est chargée de surveiller aussi souvent que possible, la préparation des biberons chez la nourrice. Les centres de l'Association de Travail et d'Assistance fournissent le lait en boîtes, soit condensé, soit en poudre ; la nourrice reçoit des instructions pour la préparation des biberons.

Le centre de Boissy-le-Châtel fournit le lait en boîtes pendant l'été seulement ; l'hiver les nourrices emploient le lait ordinaire, le centre fournit aussi les farines.

Certains centres simplifiés ne s'occupent pas du tout de la question du lait ; au contraire, les centres complets fournissent habituellement les biberons tout préparés selon les indications que le médecin a donné à la consultation.

A Mainville, ce sont les enfants de l'école qui se trouve en face du dispensaire, qui sont chargés de la distribution des biberons. Dans les autres centres les nourrices viennent elles-mêmes chercher les biberons pleins et rapporter ceux de la veille (Linselles, Boudues, Montmorency, etc.).

A Mandres, les nourrices qui habitent tout près viennent chercher les biberons, celles qui sont plus éloignées ont leurs biberons livrés à domicile par un garçon à bicyclette.

MOYENS DE LOCOMOTION DE L'INFIRMIÈRE.

Les moyens de locomotion varient avec le rayon de placement des nourrissons ; dans la plupart des centres l'infirmière a simplement une bicyclette ; dans les centres de l'Assistance Publique, les infirmières ont, soit une bicyclette, soit une petite auto à trois roues dans laquelle elles peuvent transporter une balance pour peser les nourrissons au domicile de la nourrice.

A Chevreuse, l'infirmière a une auto.

A Chaumont, elle loue une auto de temps en temps pour aller surveiller les enfants placés au loin (rayon de 10 kilomètres).

A Vaux-le-Pénil, M^{me} DE FAUCIGNY-LUCINGE prête son auto deux fois par semaine pour faire la tournée des enfants qui habitent loin et pour les peser ; le reste du temps, l'infirmière circule à bicyclette.

RAYONS ULTRA-VIOLETS.

Certains centres possèdent une installation de rayons ultra-violet. Le D^r LESNÉ insiste sur leur grande utilité ; il les considère comme tout à fait indispensables.

Parmi les centres ayant cette installation citons : Linselles, Bondues, Montmorency, Tergnier, etc.

PESEE ET CONSULTATION AU DOMICILE DES NOURRICES.

Dans quelques centres, l'infirmière fait la pesée au domicile de la nourrice une fois par quinzaine ; elle transporte alors la balance soit à l'aide de l'auto du centre s'il y en a une, comme à Saint-Rémy-les-Chevreuse, soit en empruntant la voiture d'une personne du pays comme à Vaux-le-Pénil, à Boissy-le-Châtel, etc. soit en louant une voiture à cette occasion. La visite médicale a dans ces cas, souvent lieu aussi au domicile de la nourrice, une fois par quinzaine. Ce système ne s'applique qu'aux centres très dispersés ou n'ayant pas de dispensaire ; c'est un système qui présente de gros inconvénients : tout d'abord le transport de la balance, qui est un instrument de précision, est néfaste pour son bon fonctionnement, et les balances sont toujours détraquées ; d'autre part, c'est un système qui prend un temps considérable à l'infirmière ; enfin si l'on compte sur une voiture offerte bénévolement, c'est souvent irrégulièrement qu'est faite la pesée ; j'ai vu des centres où dans ces conditions la pesée n'avait pas été faite depuis plusieurs mois ; enfin la consultation au dispensaire,

qui a un gros intérêt au point de vue de l'éducation et de l'émulation des nourrices, est supprimée dans ce cas.

Du reste, un centre ne doit pas être si dispersé que ce système soit nécessaire, car alors il comporte bien d'autres inconvénients en plus de la difficulté des pesées. Certains pédiatres redoutent beaucoup les inconvénients des consultations de nourrissons et les accusent d'être une source de contagion et d'obliger à sortir les enfants par tous les temps ; il semble bien cependant qu'en prenant certaines précautions, telles que l'isolement par des demi-boxes dans la salle d'attente, ainsi que cela a lieu à Montmorency, et le changement du papier sur le pèse-bébé après chaque pesée on ne risque pas grand'chose. D'autre part, les centres qui fournissent des voitures pour sortir les nourrissons évitent aussi le refroidissement de l'enfant lorsqu'on le promène.

CENTRES FONCTIONNANT EN LIAISON AVEC UN HOPITAL.

Plusieurs centres recueillent plus spécialement les enfants convalescents, sortant des hôpitaux (1).

Ainsi, Mandres reçoit beaucoup de petits enfants sortant des divers hôpitaux de Paris; ils sont en grande partie recrutés par les infirmières du service social. Gaillon reçoit aussi principalement des enfants sortant des hôpitaux.

Les centres du Placement Familial des Tout-Petits sont en liaison étroite avec l'hôpital Laënnec et avec la maternité pour femmes tuberculeuses, de Baudelocque ; ils sont en liaison aussi avec l'Office d'Hygiène Sociale; ils ne reçoivent que des enfants en danger de contamination tuberculeuse.

Le centre de Longué créé par M^{me} BRINDEAU, reçoit uniquement des nourrissons de la clinique Tarnier.

Conditions nécessaires à l'établissement et au bon fonctionnement d'un centre.

LE PAYS. — La première difficulté qui surgit pour organiser un centre est le **choix du pays** où il sera installé; ce choix

(1) Le premier centre, créé par le Dr CHAPIN en Amérique, était justement réservé à cette catégorie d'enfants; il débarrassait ainsi les hôpitaux des enfants ayant terminé la phase aiguë d'une maladie; grâce au court séjour des enfants à l'hôpital on évite ainsi, dans la mesure du possible, les contagions intrahospitalières et les réinfections.

est d'une grosse importance ; il faut que le climat soit sain ; les faubourgs des grandes villes sont, à ce point de vue, très défectueux ; le bon air est nécessaire au nourrisson — il faut aussi que dans un **rayon restreint**, deux à trois kilomètres au maximum, on puisse trouver une trentaine de nourrices ayant un logement sain ; « il ne faut pas être trop difficile au début », dit le D^r CHAPIN, « pour le **choix des nourrices**, si la nourrice est gentille et maternelle, et ses enfants bien portants ; la crasse et le désordre peuvent s'arranger par la suite si la nourrice semble docile » mais le **logement** malsain est une cause rédhibitoire. Certains centres ont éprouvé de grandes difficultés à trouver des nourrices bien logées ; à Boudues, la plupart des maisons possèdent une belle grande pièce qui servait à installer le métier, au temps du tissage à la main ; dans les autres centres l'habitation de la nourrice est fort variable, certaines nourrices sont plus que mal logées, et c'est pitié de voir des nourrissons bien soignés par une femme dévouée, mais manquant d'air et de lumière.

L'OEUvre GRANCHER SARTHOISE qui possède un centre à Yvré-l'Evêque, créé par M^{me} HARDY, s'est beaucoup inquiétée de cette question, voici ce qu'écrit M^{me} HARDY à ce sujet : « Toutes nos nourrices sont de bonnes femmes qui aiment et soignent bien nos petits, mais elles sont pauvres et par cela même, mal logées ; nous avons bien amélioré un peu leur demeure en faisant blanchir, encarreler... mais nous ne pouvons pas changer l'orientation de la maison... nous ne pouvons pas donner de la lumière quand les fenêtres sont minuscules. Alors, nous voudrions **construire** un petit centre d'élevage composé de six maisons bâties sur un terrain qu'on vient de nous offrir ; bien situé dans une belle prairie, en pleine campagne, tout en étant à proximité de la goutte de lait pour que les nourrices puissent aller chercher leurs biberons chaque matin. Ces six maisons seraient bien séparées les unes des autres, et auraient chacune deux pièces avec servitudes ; elles seraient simples, blanchies à la chaux, mais bien orientées, bien spacieuses, et inondées de lumière. Chaque nourrice pourrait avoir trois nourrissons (10 jours, 10 mois, 2 ans). Nous donnerions à chacune le logement avec le terrain nécessaire pour cultiver des légumes, avoir des poules et des lapins, nous les paierions 120 francs par mois et par enfant, nous donnerions le lait stérilisé, les soins médicaux et les remèdes et nous ne nous occuperions plus de rien... Il faut au moins 200.000 francs pour la construction... les trouverais-je ? »

Ceci constitue une initiative tout à fait intéressante, souhaitons que M^{me} HARDY trouve l'argent nécessaire... cependant on peut souvent choisir des régions où les logements ne sont pas trop défectueux ; il faut aussi, si l'on veut installer un *Dispensaire* sans faire bâtir, qu'il se trouve dans un local possible à aménager dans ce but. Il faut aussi que l'on trouve facilement du très *bon lait*.

Il est nécessaire que le pays choisi ne soit *pas trop éloigné* de la région où se recrutent les nourrissons ; 2 à 3 heures de chemin de fer étant un maximum pour que les parents puissent venir sans grands frais ni grande perte de temps ; si le nourrisson est très éloigné, il a beaucoup plus de chances d'être abandonné ; car il ne représente plus qu'une charge matérielle pour ses parents. L'éloignement des centres rend aussi la surveillance centrale beaucoup plus difficile. Cependant les enfants abandonnés à l'Assistance Publique, et ceux dont les parents sont tuberculeux peuvent être placés dans des centres plus éloignés ; pour ces derniers l'éloignement réalise même une certaine sécurité contre les risques de contamination par leurs parents .

Toutes ces conditions font que le choix d'une région n'est pas sans présenter certaines difficultés. Lorsque toutes ces conditions ne sont pas réalisées, il surgit immédiatement de gros ennuis, et plusieurs centres ont été déplacés après des essais infructueux, la région n'étant pas propice.

L'INFIRMIÈRE. — La deuxième condition nécessaire au bon fonctionnement d'un centre étant le recrutement d'une très bonne infirmière, il faut d'abord bien se rendre compte du genre de vie d'une infirmière de centre, et des qualités qu'elle doit posséder. L'infirmière doit être une personne jeune et bien portante, ayant de bonnes notions de pédiatrie, parfaitement honnête et scrupuleuse ; elle doit à la fois avoir beaucoup d'initiative pour faire face aux difficultés qui se présentent souvent, et beaucoup de soumission afin d'obéir au médecin et à la directrice du centre ; elle doit avoir des connaissances sociales, savoir comprendre les paysans, avoir beaucoup de tact, savoir tout dire sans vexer les nourrices, elle doit s'intéresser beaucoup au bon fonctionnement du centre, et faire son travail avec plaisir ; son rôle est très difficile ; ajoutons à cela que sa vie est dure, toute de dévouement ; elle doit sortir à toute heure et par tous les temps ; elle a une existence très solitaire, ne fréquentant guère les gens du pays faute de temps d'abord, et également parce qu'elle est le plus souvent d'un tout autre milieu. Le recrutement des infirmières

varie dans les différents centres ; dans certains d'entre eux, ce sont des jeunes filles sortant d'une grande école d'infirmières comme l'école du Tondu à Bordeaux ou d'une école de puériculture ; dans d'autres, ce sont des jeunes filles du monde ayant suivi des cours d'hygiène et de puériculture ; ou des veuves de médecin, etc. Ce sont surtout les qualités morales qui doivent être recherchées, plus que les diplômes ; « il faut trouver », dit le Dr CHAPIN : « the right kind of workers ». Le travail de l'infirmière étant difficilement contrôlable il est absolument nécessaire qu'elle présente toutes les garanties voulues ; certains centres ont eu de gros mécomptes avec des infirmières non compétentes. Il est préférable à tous points de vue, qu'il y ait au moins deux infirmières dans un centre, du reste les centres qui ont un dispensaire-infirmerie ont besoin d'une infirmière constamment, auprès des enfants qui y sont gardés. Parfois les deux infirmières ne s'entendent pas..., c'est une difficulté avec laquelle il faut compter, mais cela présente des avantages nombreux, les infirmières se remplaçant mutuellement en cas de congé ; de maladie, etc., et se surveillant l'une l'autre. Il faut que les infirmières soient bien rétribuées, qu'elles aient un mois de vacances, qu'elles soient aidées d'une bonne qui leur fasse leur cuisine et entretienne leur ménage. J'ai vu certains centres où l'infirmière était toute seule et avait à faire ses repas... ceci est déplorable.

Les plus grosses difficultés sont à redouter si l'on n'est pas absolument sûr des qualités de l'infirmière ; toutes les directrices des centres considèrent cette question comme étant une des plus importantes et des plus difficiles à résoudre ; surtout dans les centres simplifiés où tout repose sur une infirmière.

LE DISPENSAIRE. — Le dispensaire avec consultation de nourrissons, avec une petite infirmerie pour recevoir les arrivants et reprendre les malades, et surtout avec la distribution du lait tout préparé, dans les biberons et dosé selon les prescriptions du médecin, tout cela est indispensable au bon fonctionnement d'un centre, surtout si ce centre reçoit des enfants très jeunes et sans triage ; les centres simplifiés ne peuvent séduire l'esprit que si l'on considère leur prix de revient ; mais la question du prix, sans être dénuée d'importance, doit passer au second plan si l'on considère les avantages que présentent les centres complets et la réelle sécurité que réalisent tous ses rouages ; ce n'est pas sur les statistiques de mortalité que l'on peut se faire une opinion ainsi que nous le verrons plus loin, c'est sur une impression qui répond vraiment à la réalité. Le Dr GRIGNON critiquait beaucoup

les centres d'élevage simplifiés où une seule infirmière est responsable : «... la surveillance est réduite à une extrême simplicité, telle que certainement il doit en résulter des accidents qui, jusqu'à présent n'ont pas été signalés..., il faut pour les éviter, une consultation hebdomadaire et une distribution de lait... Quelles que soient la compétence et l'intelligence d'une visiteuse, elle ne donne toute sa valeur qu'avec le contrôle d'un médecin responsable. L'élevage en grand nombre d'enfants, ne peut éviter les accidents digestifs que s'il assure la distribution d'un lait contrôlé. » (*Paris médical*, 1922.) Comment penser en effet que la surveillance de l'infirmière au domicile des nourrices soit suffisante, pour qu'aucune faute ne soit commise dans la préparation des biberons ! il suffit de voir dans les milieux instruits les fautes énormes qui sont commises par des mères cependant attentives dans la manière de préparer les biberons, pour comprendre la sécurité que présente les biberons tout préparés que la nourrice n'a plus qu'à réchauffer.

Le Dr AVIRAGNET préconise au contraire la création de Centres ultra-simplifiés où une seule infirmière surveillerait 150 enfants et les visiterait une fois par mois, évitant les grosses fautes d'hygiène, ce genre de centre ne coûtant que le salaire de l'infirmière et ses déplacements, soit 18.000 francs par an environ. La surveillance des nourrissons du département de la Seine est organisée sur ce modèle, ainsi que nous l'avons vu à propos de la loi Rousset ; les résultats sont, paraît-il, excellents ; cependant il est impossible de croire que les enfants débiles et en mauvais état, puissent s'élever de cette façon : ce genre de surveillance ne peut suffire qu'à des nourrissons tout à fait sains.

Le Dr RIBADEAU-DUMAS considère que le dispensaire-infirmerie est tout à fait indispensable, il insiste sur le fait qu'il ne faut pas, à tous points de vue, établir un centre à bon marché, il faut que le dispensaire soit une petite maison gaie, confortable, agréable à voir et à habiter, il faut, sans luxe inutile, qu'il donne une impression d'ordre, de discipline, de bonne humeur ; il n'est pas inutile que la décoration en soit soignée ; tout ceci a une grande influence tant sur l'éducation des nourrices, que sur le moral des infirmières. Les défenseurs des centres ultra-simplifiés critiquent beaucoup les belles installations fleuries et ripolinées et ne trouvent que des moqueries à l'adresse des centres agréables à visiter. Cependant, je dois dire que dans certains centres très simplifiés, que j'ai visités, où l'infirmière logeait dans une chambre plus que sommaire et où elle faisait sa cuisine sur un réchaud, elle

avait en plus, l'air ronchon et peu soignée ; en visitant les nourrices avec elle, on avait nettement l'impression que son influence était bien mince sur les nourrices. Au contraire dans les centres où l'infirmière est bien logée dans un dispensaire gai et fleuri, où elle est tenue d'avoir un uniforme net et clair, il m'a semblé que son moral était aussi bien meilleur et qu'elle avait une tout autre autorité dans le pays. Le recrutement des infirmières dépend sans aucun doute, de ce qu'on leur offre ; alors qu'une très simple femme peu cultivée consentira à tout, une jeune femme instruite, active, intelligente, a également d'autres aspirations et son installation matérielle doit être confortable ; nous venons du reste de voir les difficultés que présente cette question.

LE MEDECIN. — Nous avons vu le rôle du médecin dans les centres : c'est un rôle de premier ordre, surtout dans les centres qui possèdent un dispensaire-infirmerie et reçoivent des débiles, des hérédo-syphilitiques, des convalescents, ou simplement de très jeunes enfants, l'état sanitaire du centre dépend avant tout du médecin. Le médecin est également indispensable pour surveiller l'infirmière.

Dans certains centres le médecin est considéré cependant comme ayant un rôle tout à fait secondaire, voire inutile ; j'estime que c'est une erreur ; du reste les plus beaux centres et ceux qui ont les meilleurs résultats ont tous un médecin du pays qui s'en occupe activement et le surveille de près ; souvent aussi la femme du médecin aide bénévolement (à Longué, le D^r et M^{me} Boussin exercent bénévolement et à eux seuls toute la surveillance des nourrissons).

A ce propos il est intéressant de noter que certains centres envisagent mal la question des rapports entre le médecin et le centre, j'ai entendu dire dans certains centres, que le médecin n'avait pas « l'esprit social » et gênait le fonctionnement du centre ; il est juste de dire que dans certains centres les médecins sont très exploités et à peine rétribués ; si à Longué, par exemple, le médecin du pays se fait un plaisir de surveiller gratuitement les nourrissons du centre organisé par l'Appui Maternel auprès de la clinique de l'hôpital Tarnier, et s'il est heureux de contribuer pour sa part aux œuvres de la clinique dont il est l'élève, c'est une charge qu'on ne peut et qu'on ne doit pas exiger d'un médecin ; il faut mal connaître la dure existence et le surmenage des médecins de campagne pour leur demander de faire gratuitement ou pour un prix dérisoire, une consultation une fois par semaine, occupant presque toute leur après-midi, et des visites en plus au

domicile des nourrissons malades. D'autre part, dans certains centres, le médecin du pays est prié de faire pour le même tarif, très bas, une consultation gratuite pour tous les nourrissons du pays, et même pour les enfants d'âge scolaire, pour les femmes enceintes, voire pour les adultes ; et non seulement au point de vue hygiénique, mais au point de vue purement médical, l'infirmière allant de plus faire des piqûres et donner des soins à domicile ; parfois aussi le centre fait venir pour ces consultations, un médecin de Paris (qui, le plus souvent est, lui aussi, mal rétribué ou pas du tout), pour faire seul ces consultations au dispensaire, sans que le médecin du pays y assiste ; celui-ci n'étant chargé que de visiter les nourrissons malades en dehors des jours de consultation. Les médecins du pays se trouvent donc lésés. Les centres d'élevage ne doivent s'occuper, au point de vue médical, que des enfants dont ils ont la charge, et si une consultation pour les nourrissons du pays est organisée, le médecin du pays doit être rétribué spécialement pour cela ; les consultations pour ces nourrissons ne doivent d'ailleurs s'occuper que du point de vue hygiénique, comme le fait par exemple la Mutualité Maternelle : pesée et règlement du régime seulement. De plus, si un médecin consultant vient de Paris, son but doit être avant tout d'instruire le médecin du pays en pédiatrie, et non de le remplacer ; un centre ne peut bien fonctionner que si c'est le médecin de la région même qui s'en occupe et le surveille. Quant aux consultations pour grands enfants, elles sont en réalité tout à fait déplacées dans les centres d'élevage, et ne sont d'ailleurs pas sans présenter des dangers, les enfants qui vont à l'école pouvant amener de la contagion.

Dans certaines régions les syndicats de médecins se sont opposés à l'établissement d'un centre de placement familial ; il faut donc envisager la question comme elle doit l'être : bien payer le médecin et ne pas lui prendre ses clients.

LA DIRECTRICE. — En plus de tous ces rouages : médecin, infirmière, dispensaire, nécessaires au fonctionnement d'un centre, un centre d'élevage pour bien fonctionner, doit être bien dirigé ; il doit avoir à sa tête une personne enthousiaste, qui veille à tout ; cette personne est le plus souvent la créatrice du centre. Alors que le personnel du centre doit être compétent et bien rétribué, « l'âme du centre » si l'on peut dire, doit être quelqu'un d'actif, d'intelligent, complètement désintéressé, et ayant du bon sens.

A la tête de chacun des meilleurs centres, j'ai rencontré une

femme d'élite, s'intéressant passionnément à « son centre », et donnant une grande part de son temps, de son énergie, et souvent de sa fortune pour le bon fonctionnement de son œuvre. Elle surveille tout, assiste souvent aux consultations, contrôle le travail de l'infirmière, suit les courbes de poids des enfants, etc. De plus, cette créatrice sait intéresser son entourage au centre, et recueillir de l'argent, des layettes, organiser des ventes, etc. Presque tous les centres sont officiellement dirigés par un comité formé de nombreuses personnes parmi lesquelles figurent toujours plusieurs médecins des Hôpitaux ; mais si l'on cherche bien on trouve toujours l'initiatrice, la créatrice, qui a tout mis sur pied : c'est souvent une femme du monde, ayant des relations ; une femme de riche industriel ; parfois une femme médecin, ou une femme de médecin ; la plupart du temps c'est une femme qui, pendant la guerre, a été infirmière, qui a acquis des notions d'hygiène, qui a vu de près la souffrance et la misère et qui, la guerre finie, a voulu occuper utilement son activité, devenue sans but.

Habituellement, à côté de la créatrice, il y a un médecin s'intéressant aux questions sociales et l'aidant de ses conseils.

Un centre auquel personne ne s'intéresse ne peut pas bien fonctionner ; c'est pourquoi la création des centres doit être laissée à l'initiative privée. Le P^r LABBÉ, dans une assemblée générale de l'Œuvre de la Nouvelle Etoile l'a exprimé en ces termes : « Si la Nouvelle Etoile a pu obtenir des résultats aussi beaux, avec des moyens relativement restreints, c'est que tous ceux qui ont travaillé dans les centres d'élevage, depuis ceux qui accomplissent la plus petite besogne, jusqu'à ceux qui dirigent, tous, ont apporté toute leur intelligence, tout leur cœur, ont donné toute leur pensée, tout leur temps à l'œuvre... tous les ouvriers de l'œuvre avaient le même idéal.

Les Centres d'élevage à l'étranger.

Dans tous les pays, les questions d'hygiène infantile, ont fait de grands progrès ; les gouttes de lait et les consultations de nourrissons existent en grand nombre partout. D'importants congrès internationaux pour la protection de l'enfance ont lieu presque chaque année, pour étudier les divers modes de lutte contre la mortalité infantile. Et la mortalité a beaucoup baissé ainsi que nous l'avons déjà vu. Il semble cependant que les centres d'élevage de nourrissons n'existent pas dans la plupart des pays ; ils

ne sont nulle part mentionnés dans ces congrès internationaux ; il faut d'ailleurs reconnaître que dans beaucoup de pays, la question ne se pose pas, parce que les enfants ne sont jamais envoyés en nourrice.

Aux Etats-Unis, nous avons vu que le Dr CHAPIN a créé les premiers centres d'élevage, avec l'aide de la Speedwell Soc. en 1902. Actuellement, cette société a déjà créé six centres qui abritent plus de 400 enfants chaque année ; ces centres sont : Yankers Unit, Spence Alumnae Unit, East hampton Summer Unit, Heckscher Unit, et Junior League Unit.

En Angleterre, il existe beaucoup de centres d'hygiène infantile avec infirmières visiteuses, mais ces centres surveillent les enfants vivants chez leurs parents et non des enfants placés en nourrice.

Prix de revient des Centres.

Le prix de revient des centres varie selon plusieurs facteurs ; tout d'abord, il est bien entendu que les centres complets avec infirmerie coûtent beaucoup plus que les autres ; presque deux fois plus ; les petits centres d'autre part sont aussi relativement plus coûteux que les grands, certains frais généraux étant les mêmes pour 20 ou pour 50 enfants.

D'autre part, le prix que demandent les nourrices, varie selon les régions : de 95 fr. à 360 fr. (dans les environs immédiats de Paris). Les prix varient aussi selon le salaire des infirmières : dans certains centres, se sont des religieuses qui remplissent ces fonctions (Yvré-l'Evêque), dans d'autres, se sont des personnes de bonne volonté (Longué, etc.), dans d'autres encore, c'est une sage-femme du pays qui surveille les nourrissons, en plus de sa clientèle privée (Saint-Viâtre, Mouy) et reçoit une petite rétribution ; dans certains centres au contraire, l'infirmière reçoit un salaire qui varie de 400 à 1.000 francs. Le traitement des médecins est aussi fort variable : certains ne sont pas payés, d'autres reçoivent un fixe de 5 à 600 francs par mois ou sont payés à la visite ; plusieurs centres ont adopté le tarif de l'Assistance de la Seine : 10 francs par visite pour les nourrissons avant 4 mois ; 7 fr. 50 après, plus 1 fr. 25 par kilomètre.

D'autre part, les prix de revient sont faussés parce que le plus souvent le loyer n'est pas compté, ou les layettes, etc.

Voici les prix de revient officiels que nous avons relevés dans les divers centres, pour l'année 1927-28 :

MANDRES (centre complet). Les nourrices sont payées 175 fr. par mois, l'œuvre fournit tout : nourriture, vêtements, etc., prix par journée : 14 fr. tout compris.

GAILLON centre complet. Les nourrices sont payées 150 fr. par mois, l'œuvre fournit tout. Prix par journée : 10 fr.

MAINVILLE (centre complet). Les nourrices sont payées 170 fr., l'œuvre fournit tout ; prix par journée 7 fr. (mais ce prix est inférieur à la réalité parce que de nombreux enfants n'appartenant pas au centre, mais surveillés aux consultations, comptent pour le nombre d'enfants, alors qu'ils coûtent très peu à l'œuvre.

LINSELLES (centre complet). Les nourrices sont payées 160 fr. par mois pour les enfants avant 10 mois, et tout leur est fourni ; 200 fr. après 10 mois, l'enfant n'étant plus nourri par l'œuvre ; prix par journée, 13 fr. 50 environ.

YVRE-L'ÉVÊQUE. Les nourrices sont payées 120 fr. par mois ; prix par journée, 7 fr. 50 environ.

COUTURE. Les nourrices sont payées 95 fr. par mois ; prix par journée, 7 fr. 50 environ.

CENTRES DE PLACEMENT FAMILIAL DES TOUT-PETITS. 8 fr. 50 par jour pour 127.432 journée en 1927.

OEUVRE DE TRAVAIL ET D'ASSISTANCE. Centres complets avec dispensaire : *Chaumont, Chevreuse, Clermont, Vaux-le-Pénil* : 9 à 13 fr. par journée.

Centres simplifiés sans dispensaire : *Cepoy, Houdan, Manou, Maule, Soignolles* : 7 à 8 fr. par journée.

Centres tout à fait simplifiés : *Mouy*, 6 à 7 fr. par journée.

Les nourrices dans tous les centres étant payées environ 140 fr. par mois et recevant le lait et les farines.

On peut conclure de tous ces chiffres qu'il faut compter (en 1928) au moins 14 à 15 fr. par jour dans les centres ayant une infirmerie-dispensaire, en comprenant les médicaments, le médecin, le lait, l'infirmière, les frais d'entretien de l'infirmerie et du dispensaire et les salaires des nourrices (le loyer n'est compté nulle part) — ceci calculé pour un centre de 30 enfants environ, les nourrices étaient payées 140 fr. par mois. Les centres comprenant 50 à 60 enfants sont un peu moins coûteux : 12 à 14 fr.

Les centres simplifiés reviennent à 8 ou 10 fr. par jour.

Le prix global du centre de Chaumont (centre complet) en 1927 a été 56.000 fr. en plus de ce que versent les mères pour 59 enfants et 8.909 journées.

Le centre de Clermont a coûté 46.000 fr. en plus de ce que versent les mères et l'A. P. de l'Oise, pour 133 enfants.

Le centre de Mandres a coûté 130.000 fr. environ en 1928, dont 60.000 fr. payés par les parents.

En 1922 M^{me} DUBOIS estimait le prix de revient annuel d'un centre complet pour 30 enfants, à 80.000 fr., et d'un centre simplifié à 40.000 fr.

Ces chiffres doivent être à peu près doublés actuellement. Le D^r AVIRAGNET estime qu'il faut compter 35 à 50.000 fr. par an pour un centre de 40 enfants, en plus de ce que versent les mères (1927).

Quant aux frais de premier établissement, ils sont aussi très variables selon que l'on considère les centres complets ou les centres simplifiés, selon qu'on est obligé de construire un dispensaire ou qu'on peut aménager une maison du pays; les chiffres varient dans de si grandes proportions qu'ils perdent de leur intérêt.

Le centre de Gaillon, aménagé en 1923, a coûté environ 75.000 francs d'installation — la maison a été achetée 78.000 fr. (le Pari-mutuel a payé la moitié des frais).

Le dispensaire-infirmerie du centre de Montmorency qui a été construit en 1918 a coûté 250.000 francs (il coûterait actuellement le double et plus). Parmi les frais de première installation il faut aussi compter les objets donnés à chaque nourrice; dans les centres de Luiselles et Boudues, M^{me} LORTHOIS fournit aux nourrices:

1 voiture neuve, 1 matelas de voiture, 1 lit de fer, 2 couvertures de lit, 2 draps, 1 couvre lit, 1 matelas, 1 oreiller, 2 toiles cirées, 1 hamac, 1 baignoire, 3 tétines, 12 biberons, 12 capuchons de biberons, 2 paniers à biberons, 1 casserole à tétines, 1 poudreuse; le tout est évalué à 520 fr.

A Montmorency, M^{me} GONSE-BOAS estime à peu près à la même somme les objets fournis aux nourrices.

LES MOYENS D'EXISTENCE DES CENTRES.

Nous avons vu, d'après la liste des centres, que presque tous sont des créations privées; comment ces centres recrutent-ils les fonds nécessaires à leur fonctionnement? L'argent provient toujours de plusieurs sources.

Tout d'abord *les parents* sont sensés payer la nourrice, mais la plupart du temps, la mère est une pauvre femme seule et elle ne paye qu'une faible part; cependant les sommes versées par les

parents forment une partie appréciable des revenus (60.000 fr. versés par les parents à Mandres, sur 130.000).

Lorsque les enfants sont placés par une mère seule, l'*Assistance* paie une part (nous avons vu les tarifs actuels et les tarifs proposés au début de cet ouvrage). L'Assistance Publique paye aussi aux œuvres une partie des frais pour les enfants abandonnés qu'elle y place, mais elle ne paye pas les frais complets. Ainsi, l'A. P. de Lille paye 240 fr. par mois pour les enfants placés à Linselles et Boudues alors qu'ils coûtent 400 fr. Certaines sociétés payent pour les enfants qui les intéressent (Consortium de Roubaix et Tourcoing), etc.

Les *Départements* donnent aussi des subventions ;

Les *Ministères* de l'Hygiène, de l'Instruction publique ;

L'*Office public d'Hygiène sociale*, les *Conseils municipaux* ;

Le *Pari Mutuel*, des *Compagnies* et *Banques diverses*, donnent des sommes variables.

Mais ces fonds ne sont pas toujours proportionnés aux frais du centre ; ainsi, en 1927, pour Linselles et Boudues, le Ministère de l'Hygiène a donné 500 fr., seule subvention officielle...

Une grosse part des fonds est recrutée par des *fêtes*, *ventes*, *concerts*, *cotisations*, *dons*, etc. C'est toujours une question angoissante que le recrutement de l'argent nécessaire, c'est pourquoi il est indispensable qu'à la tête de chaque centre, un comité formé de membres actifs et dévoués s'occupe tout spécialement de la propagande et du recrutement des fonds ; ce qui n'est pas sans difficulté !

Certains centres sont entièrement entretenus par leurs généreux fondateurs.

A titre d'exemple, voici le budget des recettes de l'Œuvre de la Nouvelle Etoile, pour 1927 (en plus de ses trois centres, l'Œuvre possède encore d'autres sections).

Subventions.

Subvention du ministère de l'Hygiène.....	181.000 fr.
— — de l'Instruct. pub....	500 »
— de l'Œuvre de la Pouponnière....	10.000 »
— du Conseil Municipal	6.900 »
— du Conseil Général	5.000 »
— du département de l'Aisne	1.280 »

Propagande.

Vente.	164.213 fr.
Fêtes et divers	12.793 »

Souscriptions, cotisations	52.230 »
Intérêts.	11.055 »
Dons.	2.908 »
Don de M ^{me} GONSE-BOIS	22.258 »
Remboursement du lait par la préfecture.....	44.427 »

Sections.

(Représentant les prix payés par les parents,
dons et cotisations) 490.851 fr.

Sur un budget de 1.113.569 fr. : 1 quart est payé par l'Etat,
3 quarts sont payés par souscriptions et cotisations.

Voici les recettes du centre de l'Aide aux nourrissons à Boissy-
le-Châtel :

Souscription des membres de l'Association....	25.600 fr.
Dons.	2.500 »
Remboursements (parents, A. P., divers).....	45.000 »
Subventions diverses	10.125 »
	83.350 » »

Voici encore les recettes du Placement Familial des Tout-Petits
en 1917 :

Report de l'année 1926	217.769 fr.
Subvention Ministère de l'Hygiène	218.000 »
Souscriptions.	129.882 »
Cotisations.	52.819 »
Rachat de cotisations	7.200 »
Remboursement du prix de journées par l'Office public d'Hygiène Soc. de la Seine.....	780.739 »
— du Loiret	19.620 »
— de la Nièvre.....	3.615 »
— de Seine-et-Oise ...	47.553 »
Contribution des familles	2.021 »
Intérêts.	10.777 »
Escomptes.	6.989 »

Sur un budget de 1.496.986 fr. les contributions des familles
ont été de 2.021 fr., il est vrai que les enfants placés dans ces
centres sont des enfants de tuberculeux, les parents malades
ne peuvent guère payer. Par contre, l'Office d'Hygiène des divers
départements a versé 851.527 fr.

Ces chiffres sont intéressants, car ils montrent bien l'effort
considérable des œuvres privées, la générosité des donateurs et

aussi les chiffres importants des subventions officielles. Cependant, les pouvoirs publics répartissent très inégalement leurs générosités, et c'est grâce aux relations et à l'influence personnelle de certains directeurs et directrices de centres, que les ministères par exemple, octroient des sommes importantes à certains centres ; d'autres centres, faute de relations, ont beaucoup de peine à obtenir des subventions suffisantes.

Il faudrait que l'élevage des nourrissons intéresse davantage les pouvoirs publics ; et s'il est bon de laisser à l'initiative privée, la création et la direction des centres d'élevage, leur entretien devrait pour la plus grande part, incomber à l'Etat.

A Stockholm, la ville donne une subvention égale à la moitié des frais pour les œuvres concernant les nourrissons.

En Angleterre, depuis 1924, le gouvernement a pris à sa charge 50 p. 100 des dépenses du fonctionnement des centres d'hygiène infantile qui sont aidés aussi par les autorités locales.

M. AUBRUN (*Paris médical*, 1927) écrit ceci au sujet du budget réservé en France, à l'hygiène : « Les Américains avec le sens pratique qu'ils apportent à toute chose, apprécient autrement les avantages de l'hygiène et n'hésitent pas à y consacrer les sommes nécessaires ; ils prétendent, et les faits semblent bien leur avoir donné raison, que la santé publique s'achète, et que dans les limites naturelles de la vie humaine, un pays peut déterminer son propre taux de mortalité d'après son effort financier et organisateur. »

Ceci s'applique plus particulièrement encore aux nourrissons ; nous avons vu du reste, l'influence de toutes les œuvres sur la mortalité infantile.

Enregistrement du fonctionnement des Centres.

Cette question est habituellement assez mal comprise dans les divers centres ; et tout d'abord chaque centre dresse le compte rendu de son action d'une façon toute fantaisiste ; c'est le plus souvent l'infirmière du centre qui fait un petit rapport selon son inspiration. Les comptes rendus annuels de beaucoup de centres sont, à ce point de vue, tout à fait édifiants ; il semble qu'il y aurait un très gros intérêt à ce que des registres identiques soient tenus de même façon dans tous les centres ; cela permettrait de contrôler facilement et efficacement l'activité d'un centre à tous les points de vue et d'établir en fin d'année un rapport instructif

et intéressant. Il est difficile de dresser un bon plan pour ce genre de registre : les différentes directrices des centres devraient se consulter et adopter un modèle uniforme qui serait tenu au jour le jour par l'infirmière. Le registre de fonctionnement du centre doit noter :

Le nombre des entrants, la raison de leur placement, le nombre des sortants ;

Le nombre de journées que chaque enfant a passé au centre ;

Le nombre d'enfants arrivés âgés de moins de 3 mois, de 3 à 6 et de plus de 6 mois ;

Le nombre des enfants arrivés au centre avec un poids inférieur, moyen, ou supérieur à la normale ;

Le nombre des enfants sortis du centre avec un poids inférieur, moyen ou supérieur à la normale ;

Le nombre des enfants ayant séjourné à l'infirmierie :

1) à leur arrivée pour surveillance ;

2) pour cause de maladie ;

Le nombre de journées d'infirmierie ;

Le nombre des biberons distribués avec la variété du lait donné ;

Le nombre des consultations faites au dispensaire ;

Le nombre des visites faites à domicile : par le médecin, par l'infirmière ;

Les soins divers exécutés à domicile : piqûres, pansements, frictions ;

Les soins divers exécutés au dispensaire ;

Le nombre d'enfants ayant suivi un traitement antisyphilitique ;

Le nombre d'enfants ayant une C. R. positive ;

Les maladies avec détails ;

Le nombre de décès avec leurs causes (en détail).

Il est utile de noter aussi la température atmosphérique ; les grandes chaleurs ou les grands froids pouvant expliquer certaines maladies.

De plus, chaque enfant doit avoir une fiche individuelle comportant une partie sociale et une partie médicale ; cette fiche doit être gardée au dispensaire et tenue à jour par le médecin et par l'infirmière, sur cette fiche doit être notée la courbe du poids, les rations alimentaires, les maladies et les traitements, etc.

Cette fiche doit indiquer aussi les causes du départ du centre, l'état de l'enfant à sa sortie et l'endroit où il va.

Il ne faut pas croire que l'enregistrement méthodique de tous ces détails constitue une paperasserie inutile ; on peut tirer de

ces documents des enseignements fructueux à condition qu'ils soient recueillis avec méthode et conscience. D'après les comptes rendus annuels, s'ils étaient bien faits, on devrait pouvoir tirer des conclusions fermes sur la nécessité de tel ou tel rouage existant dans certains centres et n'existant pas dans d'autres, tels que la distribution du lait tout préparé, l'infirmerie, les chambres de sevrage, etc.

Les progrès réalisés dans l'élevage des petits débiles, tant aux Enfants Assistés, qu'à la clinique Baudelocque ont résulté de statistiques très bien faites qui ont provoqué, grâce à leurs chiffres éloquents, des améliorations immédiatement fructueuses.

Je dois dire que l'enregistrement du fonctionnement des centres que j'ai pu analyser est fait presque partout de telle sorte, qu'aucune conclusion ne peut s'en dégager.

Certains centres peu nombreux, font cependant d'excellents rapports annuels; voici à titre d'exemple un compte rendu fait par le D^r LESNÉ, pour les centres de la Nouvelle Etoile, en 1925 :

Admissions :

174 enfants admis en 1925 ;

au 1^{er} janvier 1925, 108 enfants en charge.

La moitié des admissions est comprise entre 15 jours et 3 m.

Raisons de ces placements inévitables :

Filles-mères, domestiques	20
Filles-mères, professions diverses	34
Parents malades	10
Mères décédées	6
A. P. de l'Aisne	4
Logement insalubre, trop petit, parents vivant en hôtel, ou ayant un commerce.	38

Etat de santé à l'arrivée dans les centres :

La moitié sortent des services hospitaliers ou sont repris à une mauvaise nourrice ;

19 hypotrophiques, débiles et prématurés ;

36 rachitiques ;

3 bacillaires avec C. R. + ;

27 hérédo-syphilitiques ;

26 enfants normaux seulement.

Durée de séjour des enfants dans les centres :

23 enfants sont restés de 1 à 6 mois

19 — — 6 à 12 —

18	—	—	12 à 18	—
4	—	—	18 à 2 ans	

Moyenne des poids obtenus :

- 22 enfants sont partis au-dessus de la courbe normale ;
- 13 — — avec le poids normal ;
- 25 — — au-dessous de la courbe normale ;

sur ces enfants :

- 41 étaient entrés au-dessous de la courbe normale ;
- 19 étaient entrés au-dessus.

Décès :

8 décès : 3 à Montmorency, 3 à Longueau, 2 à Tergnier.

Causes :

- 1 eczéma généralisé ;
- 2 méningites tuberculeuses ;
- 2 bronchopneumonies ;
- 2 athrepsies ;
- 1 gastro-entérite ;

ce qui fait 4,5 % de mortalité.

Enregistrement des frais.

L'enregistrement de tous les frais doit être fait systématiquement. Les centres qui tiennent bien leur comptabilité peuvent fournir des renseignements fort utiles sur le prix de revient de tous les détails.

Voici, à titre de renseignement, une fiche de frais indiquée par M^{me} LORTHIOIS pour les centres de Linselles et Boudues réunis, et qui est très bien établie :

Juillet 1927 : 87 enfants.

Ménage, personnel, appointements	2.503 65
Frais généraux et blanchissage.....	3.401 55
Loyer	450 »
Provisions : pharmacie	403 80
charbon	280 »
savon	405 »
lait	1.835 05
biberons	3.835 05
nourrices	11.687 05
TOTAL.....	24.896 75

Prix de revient par enfant 24.896,75 : 87 = 286 20

La surveillance de toutes les dépenses est faite par la directrice du centre.

La mortalité dans les Centres.

Nous abordons ici la question la plus délicate, nous verrons plus loin ce qu'il faut penser des statistiques de mortalité ; quoi qu'il en soit, voici les chiffres fournis par divers centres et pendant plusieurs années ; ils ont été relevés dans les comptes rendus des assemblées générales :

Statistiques de mortalité de l'Œuvre de Travail et d'Assistance :

<i>Vaux-le-Pénil</i>				1925.	89	—	12	—	13,4%
1924..	17 enfants	0 décès		1926.	93	—	8	—	8,6%
1925..	58	—	3	—	1927.	83	—	4	—
1926..	76	—	12	—					4,8%
1927..	48	—	4	—					

Chaumont (débiles).

1924..	56 enfants	6 décès		1925..	66	—	6	—
<i>Chevreuse</i> (A.P. S. et S.-et-O.)				1926..	70	—	4	—
1923..	24 enfants	0 décès		1927..	59	—	4	—
1924..	49	—	4	—				

Clermont

1925..	87	—	2	—	1925..	33 enfants	4 décès	
1926..	71	—	6	—	1926..	94	—	14
1927..	83	—	7	—	1927..	107	—	6

Houdan (+ d'un an)

1922..	40 enfants	1 décès		<i>Cepoy (+ d'un an)</i>				
1923..	55	—	3	—	1923..	24 enfants	0 décès	
1924..	112	—	5	—	1924..	24	—	0
1925..	125	—	2	—	1925..	23	—	0
1926..	132	—	2	—	1926..	23	—	0
1927..	101	—	1	—	1927..	28	—	0

La Loupe (après 8 mois)

1923..	83 enfants	2 décès		<i>Orgeval.</i>				
1924..	69	—	1	—	1923..	50 enfants	1 décès	
1925..	58	—	0	—	1924..	74	—	8
1926..	52	—	0	—				

Arnouville-Septeuil.

<i>Maule</i> (A. P. de S.et-O.).	1924..	57	—	4	—
1923. 114 enf. 11 déc. 10 %	1925..	32	—	2	—
1924. 100 — 13 — 13,6%					

Au total, dans tous les centres, de 1922 à 1927, sur 2.680 enfants il y a eu 157 décès, soit 5,8 %.

Centre de Milly :

De janvier 1922 au 1^{er} janvier 1929 :

660 enfants, dont 478 au-dessous d'un an ;

38 décès, soit 5,75 % de mortalité générale et 5,43 %

si l'on ne considère que les décès avant un an
(26 décès).

Centre de Mainville :

De novembre 1919 à janvier 1927 :

Si l'on compte tous les enfants surveillés :

1.421 enfants, 60 décès, soit 4,25 % ;

Si l'on compte seulement ceux appartenant au centre :

654 enfants, 50 décès, soit 7,6 %.

Centres de l'Assistance publique de la Seine (3 à 15 mois) :

Du 1^{er} octobre 1927 au 1^{er} octobre 1928 :

Mortagne	191 enfants	11 décès	5,75 %
Ecommoy	113 —	5 —	4,42 %
La Châtre	115 —	5 —	4,35 %
Montluçon	97 —	5 —	5,05 %
Moulins	85 —	8 —	9,41 %
Prémery	100 —	7 —	7 %
Saint-Calais	59 —	3 —	5,08 %
Saint-Pourçain .	95 —	8 —	8,42 %
Toucy	96 —	12 —	12,50 %

dans l'ensemble des centres, pour 851 enfants, 64 décès, soit 7 %.
alors que de 1916 à 1924, avec le placement en nourrice habituel,
la mortalité était de 30 à 40 % (M. REBEILLARD, conseil. gén.).

Nids de Porchefontaine (jusqu'à 5 ans) :

De 1909 à 1923 : 1.549 enfants ; mortalité 3 à 5 p. 100.

Centre de Mandres :

De 1920 à 1923 : 69 enfants reçus ; mortalité 9 p. 100.

1925.... 44 enfants 4 décès

1926.... 46 — 1 —

1927.... 45 — 1 —

Œuvre Grancher :

1921 : 30 enfants ; mortalité 10 p. 100.

Centres de Linselles et Boudues (A. P. de Lille surtout) :

1926 : 13,2 p. 100 ; 1927 : 5,2 p. 100.

Centre de Placement Familial des Tout-Petits :

Avril 1920 à mai 1922 : 117 enfants ; 8 décès ;

1923 : 232 enfants : 6 décès aux centres (2,5 p. 100) ; 3, 1 mois
après leur sortie (3,8 p. 100) ; 2, 2 mois après leur sortie.

1924 : 313 enfants : 8 décès aux centres (2,5 p. 100) ; 10,
1 mois après leur sortie (5,9 p. 100).

1925 : 384 enfants : 14 décès aux centres (3,6 p. 100) ; 9 décès

1 mois après leur sortie (6 p. 100).

1926 : 434 enfants : 12 décès aux centres (2,7 p. 100) ; 7 décès

1 mois après leur sortie (4,36 p. 100).

1927 : 505 enfants : 5 décès aux centres (0,99 p. 100) ; 3 décès

1 mois après leur sortie (1,58 p. 100).

Centre de Louqué :

Mortalité : 4 p. 100 en 6 ans.

Centre de Gaillon :

1924 à 1927 : 139 enfants, 6 décès.

Centres de la Nouvelle-Etoile :

1924-25 : 174 enfants, 8 décès, 4,5 p. 100 ;

1925-26 : 221 — 17 — 7,72 p. 100 ;

1926-27 : 297 — 9 — 3,33 p. 100 ;

On peut dire que dans l'ensemble, la mortalité dans les centres varie selon le recrutement des enfants et selon l'organisation entre 2 et 8 à 10 p. 100, 10 p. 100 étant un maximum.

Morbidité et causes de mort dans les Centres. — Etat sanitaire.

Les statistiques de morbidité et de mortalité ne sont pas établies de la même façon dans tous les centres, il faut faire, à ce point de vue, une grande différence entre les comptes rendus faits par les médecins et ceux faits par les infirmières ou les directrices des centres ; les premiers ont seuls un réel intérêt ; les seconds ont des diagnostics souvent insuffisants sinon fantaisistes ; l'état sanitaire est parfois indiqué, par une phrase générale dans le genre de celle-ci : « nos chers petits dans l'ensemble, ont eu une bonne santé, et si nous avons eu à déplorer quelques décès, il s'agissait d'enfants arrivés en mauvais état ». Un point, c'est tout.

D'après les statistiques que j'ai étudiées, je crois qu'on peut en tous cas tirer une conclusion certaine, c'est que, *dans aucun centre, il n'y a d'épidémie meurtrière* ; nulle part on ne trouve une série de 8 ou 10 décès par rougeole par exemple, alors que les nourrissons vivent dans des familles où il y a le plus souvent des enfants d'âge scolaire, et qu'il y a de nombreux cas de maladies contagieuses ; seulement les formes sont bénignes et curables, contrairement à ce qui se passe dans les agglomérations d'enfants ; il faut d'ailleurs remarquer que dans les centres qui possèdent une infirmerie, on ne prend jamais un enfant atteint de maladie contagieuse, on le soigne chez sa nourrice.

D'autre part, certains centres possèdent du sérum de conva-

lescents de rougeoleux et dès qu'un cas se produit, tous les nourrissons sont aussitôt immunisés (à Mainville par exemple).

Le Dr CHAPIN donne des statistiques intéressantes en ce qui concerne les maladies contagieuses dans les centres de la Speedwell Soc. :

Yonkers Unit, en 1926-27 : 128 enfants, 2 scarlatines, 2 varioles ;

Junior League Unit 1926-27 : 73 enfants, 1 coqueluche ;

Easthampton Summer Unit 1926-27 : 38 enfants, 2 coqueluches.

Les cas de maladies contagieuses restent donc isolés et ne revêtent pas la forme épidémique dans les centres. Le Dr CHAPIN a fait aussi une étude intéressante sur la mortalité par bronchopneumonie dans les hôpitaux les mieux installés, et chez les enfants soignés à domicile par les infirmières-visiteuses. Alors que la mortalité par bronchopneumonie est de 41 p. 100 dans les hôpitaux, elle varie entre 9 et 10 p. 100 chez les enfants soignés isolément.

Une autre constatation qui s'impose est *le très faible chiffre de mortalité par troubles digestifs* (en 1927 dans les centres de la Nouvelle-Etoile, sur 297 enfants, 3 décès par troubles digestifs, sur 9 décès).

Les causes de mort que j'ai relevées sont très variées : hémorragie cérébrale, méningite tuberculeuse, bronchopneumonie, grippe, péritonite, phlegmon, eczéma, mort subite, athrepsie, quelques cas de gastro-entérite, etc.

Dans tous les centres, la lutte contre la syphilis est menée énergiquement, on peut dire que presque le quart des enfants subit un traitement spécifique.

A Mandres : en 1926, 10 enfants traités sur 28 ; en 1927, 8 enfants traités sur 46.

A Milly : en 1928, 30 enfants traités sur 58.

Dans les centres de la Nouvelle-Etoile, les traitements antisypilitiques sont sous la direction de l'assistant du dispensaire antisypilitique de la clinique Baudelocque (Prof. COUVELAIRE) : A Montmorency, en 1926, il y a eu 35 enfants mis au traitement dont 16 n'étaient pas du centre ; à Saint-Quentin, 34 dont 4 n'appartenant pas au centre ; à Longueau, 18 ; à Tergnier, 15, dont 7 n'étaient pas du centre. Ainsi, tous les enfants du pays sont appelés à bénéficier de l'action bienfaisante du centre. Cependant, je dois dire à ce point de vue que j'ai vu un centre simplifié n'ayant qu'une infirmière et pas de consultation médicale où, systématiquement, tous les nourrissons recevaient des séries répétées de sulfarsénol, dont les doses et la répétition étaient établies

par l'infirmière..., ceci représente, à mon sens, un abus dangereux, les arsenicaux ne devant pas être donnés comme le « lait quotidien »...

Dans l'ensemble, l'état sanitaire des enfants placés dans les centres est très bon. Une chose frappe, lorsqu'on visite un centre d'élevage, ou qu'on assiste à une consultation au dispensaire d'un centre, c'est la belle mine de la plupart des enfants; ce sont visiblement, de petits campagnards vivant au bon air; de plus, les nourrissons élevés dans les centres ont tout l'air de faire partie de la famille où ils sont élevés, ce ne sont pas des petits étrangers; on trouve toujours, quand on va chez les nourrices, le nourrisson porté sur les bras d'un des membres de la famille; il n'est pas constamment couché dans son berceau, on lui fait la conversation, on le fait rire et sauter dans les bras, et le résultat est que ces enfants parlent et marchent sans retard, ont l'air gai et éveillé. Les enfants sont réellement aimés par leur nourrice; j'ai eu plusieurs fois l'occasion de voir des nourrices en larmes parce qu'on parlait de leur reprendre le bébé atteignant la limite d'âge. L'enfant dans un centre d'élevage est élevé *normalement*, comme il le serait, ou presque, dans sa famille; il est élevé dans une famille adoptive qui l'aime, il a du bon air, de la lumière, une alimentation bien comprise et une surveillance médicale de tous les instants.

Critique des statistiques de mortalité.

Les statistiques des centres sont rarement exactes; ceci est dû tout d'abord à l'ignorance concernant la façon d'établir une statistique : dans certains centres, un bon nombre d'enfants sont comptés deux fois, une fois comme restant de l'année précédente, et une fois comme présents l'année courante; certains centres (la plupart), établissent une statistique globale pour les enfants du centre sans mentionner leur âge ; il est bien évident que la mortalité est beaucoup inférieure lorsqu'elle porte sur des enfants âgés de plus d'un an; certains centres gardent les enfants jusqu'à cinq ans (Nids de Porchefontaine), d'autres jusqu'à 13 ans (Milly) ; or, le chiffre de mortalité présenté comme ceux des autres centres est intitulé : mortalité infantile; on en conclut qu'il s'agit des enfants de 0 à 1 an, ce qui n'est pas exact (mais améliore sensiblement les statistiques...). Ainsi que l'a fort justement écrit M^{lle} le D^r LABEAUME : « les méthodes erronées sont conservées parce qu'elles donnent l'illusion factice d'une mortalité très faible. »

Il y a encore un point sur lequel je voudrais insister; c'est sur le fait que dans *tous* les centres, la mortalité est calculée sur le nombre d'enfants qui ont défilé dans l'année; ainsi, un centre qui a en réalité 30 places compte 75 enfants au cours de l'année, chacun, bien entendu, n'est pas resté l'année entière; si il y a eu 6 décès, le centre calcule sa mortalité de la façon suivante :

$$6 \times 100$$

$$\frac{\quad}{75} = 8 \%. \text{ Or, pour avoir une notion exacte, il faudrait}$$

additionner le nombre des journées passées au centre et diviser par 365, ce qui correspondrait à un nombre fictif d'enfants qui auraient résidé toute l'année au centre; ainsi, dans le centre en question, les 75 enfants totalisent 11.671 journées de présence, $11.671 : 365 = 32$, chiffre correspondant au nombre d'enfants qui auraient passé un an au centre; or, puisqu'il y a eu 6 décès, il faudrait calculer le pourcentage de mortalité de la façon sui-

$$6 \times 100$$

$$\text{vante : } \frac{\quad}{32} = 18 \% ; \text{ moins présentable que } 8 \text{ p. } 100 \text{ pour}$$

les amateurs de belles statistiques, mais plus conforme à la réalité, ce chiffre correspond vraiment à la mortalité des enfants dans le centre; ce procédé de calcul pour le nombre total des journées, est employé du reste pour la comptabilité, il pourrait l'être pour la mortalité ; le fait est que les statistiques des centres qui ont beaucoup de roulement sont toujours meilleures que celles de ceux où les enfants sont resté longtemps; il n'y a rien de tel pour améliorer une statistique, que d'avoir un roulement important.

On peut objecter à cette manière d'établir les statistiques, que les enfants sont tous assimilés les uns aux autres alors qu'en réalité, ils ne doivent pas être comparés; cependant *pour les centres*, c'est certainement la meilleure manière de calculer. Les statistiques établies par la Préfecture de Police pour les nourrissons placés dans le département de la Seine, sont établies différemment, elles sont faites nominativement, chaque enfant figurant avec son nom et étant suivi jusqu'à 1 an révolu ; les statistiques sont ainsi parfaites et il n'y a pas de causes d'erreur, la mortalité ainsi calculée étant réellement celle correspondant à la première année ; mais ceci n'est pas possible dans les centres qui ne gardent les enfants souvent que quelques mois. Les chiffres obtenus avec le procédé que nous préconisons sont des chiffres qui permettraient de comparer la mortalité dans les divers centres, ce ne sont pas des chiffres qu'il faudrait com-

parer avec ceux de la mortalité pour la France entière, qui ne sont pas du tout calculés de même façon. *D'une manière générale, il ne faut comparer que des chiffres établis d'après une règle uniforme.* Il y a encore bien d'autres procédés pour fausser les statistiques, par exemple de se débarrasser au plus vite des enfants qui ne vont pas bien..., on les rend aux mères, ou on les place à l'hôpital, leur décès n'étant pas enregistré au compte du centre; peu de centres comptent la mortalité des enfants envoyés à l'hôpital ou sortis malades; cependant, nous avons vu que l'Oeuvre du Placement Familial des Tout-Petits compte systématiquement les enfants morts 1 mois et 2 mois après leur départ. Dans les statistiques de mortalité, il faut aussi tenir grand compte du mode de recrutement des enfants, qui est aussi important que leur âge, et influe grandement sur la mortalité; il est bien évident que les centres qui acceptent les tout petits, dès la naissance et sans triage, comme ceux qui acceptent les petits abandonnés, ou les convalescents ne peuvent pas avoir une mortalité aussi basse que les autres; il est donc difficile à tous points de vue, de tirer des conclusions précises et de comparer les statistiques entre elles. Il est curieux de voir que dans tous les centres on insiste sur le fait que les nourrissons sont admis sans choix..., or, il faut s'adresser aux assistantes sociales des hôpitaux, pour savoir quelles difficultés on rencontre le plus souvent pour placer dans les centres des nourrissons qui ne sont pas tout à fait beaux..., en réalité peu de centres acceptent réellement les enfants sans les choisir un peu..., et ceux qui acceptent le « tout venant » (Linselles et Boudues, Chaumont, Vaux-le-Pénil), ont nécessairement une mortalité supérieure aux autres, qu'il ne faut pas leur reprocher. Quant à la morbidité elle est également souvent mal enregistrée, ainsi que nous l'avons déjà dit; les gastro-entérites, entre autres, ont mauvaise presse..., on les débaptise parfois..., par contre, les morts subites sont d'une fréquence surprenante.

Il ne faudrait pas cependant conclure de ces critiques que c'est parce que la mortalité est considérable qu'on améliore un peu les statistiques, c'est bien plutôt le grand désir de très bien faire qui entre en ligne de compte, et aussi un peu le désir de faire encore mieux que le voisin. Quoiqu'il en soit, les centres d'élevage doivent être considérés comme un des meilleurs moyens d'élevage du nourrisson séparé de sa mère.

Conclusions

1) Un grand nombre d'enfants, par suite de circonstances variées ne sont pas élevés par leur mère. — 50.000 enfants environ, dont 9.000 pour Paris, sont placés en nourrice chaque année en France, avant l'âge d'un an.

2) Pour ces enfants, trois modes de placement doivent être envisagés :

Le placement chez une nourrice isolée.

Le placement dans une pouponnière.

Le placement dans les « centres de placement familial surveillé ».

3) Le placement chez une nourrice isolée, non surveillée ou insuffisamment surveillée est néfaste. La mortalité des enfants placés actuellement dans ces conditions par leurs parents, varie entre 25 et 30 p. 100 ; celle des enfants placés par l'Assistance Publique des divers départements varie entre 30 et 75 p. 100 et même davantage dans certaines régions.

C'est un mode de placement qui devra être graduellement remplacé par le placement dans les centres surveillés.

4) Avec le placement dans les pouponnières, la mortalité n'est relativement basse que lorsque l'organisation est parfaite à tous les points de vue.

Pour bien fonctionner une pouponnière doit être organisée comme un hôpital d'enfants, et être entièrement boxée; malgré cela, les épidémies meurtrières y sont toujours à craindre; dans les pouponnières bien comprises, et si l'on compte vraiment *tous* les frais, le prix de revient est excessivement élevé : 35 à 45 fr. par jour environ en 1928. Les avis sont partagés quant à la catégorie d'enfants que devraient recevoir les pouponnières; il semble qu'elles puissent surtout rendre des services pour les très jeunes enfants et en particulier pour les débiles avant leur placement dans des centres ruraux de placement familial surveillé. C'est ainsi que le comprend le service des Enfants Assistés de la Seine qui a organisé dans ce but, la pouponnière d'Antony.

5) Le centre de placement familial surveillé pour nourrissons, à la campagne, chez des nourrices choisies, semble être la meil-

leure solution, tant au point de vue de la mortalité que de la morbidité et du prix de revient.

Il y a plusieurs types de centres, selon qu'ils sont plus ou moins complets, spécialisés ou non.

6) Toutes nos préférences vont aux centres complets qui, en plus du médecin et de l'infirmière, comportent un dispensaire avec consultations de nourrissons et distribution de biberons tout préparés; et une petite infirmerie pour recevoir les arrivants et reprendre les malades non contagieux que la nourrice ne pourrait soigner chez elle.

7) Le prix de revient dans les centres complets a été en 1928, de 14 à 15 fr. par jour et par enfant en comptant tout; dans les centres simplifiés le prix varie entre 7 et 10 fr., selon l'organisation.

8) La mortalité dans les centres est faible, elle varie entre 2 et 10 p. 100 environ, variations qui tiennent au mode d'organisation et plus encore à la catégorie des enfants reçus.

9) Les divers centres des environs de Paris peuvent héberger environ 2.000 enfants; il est souhaitable que les pouvoirs publics encouragent la création de nombreux centres, tant dans les environs des grandes villes que dans les départements (surtout pour les Enfants Assistés des départements).

Le centre d'élevage complet semble réaliser actuellement le meilleur moyen pour lutter efficacement contre la mortalité des nourrissons dont la mère s'est séparée.

Vu : le Président de la thèse,

COUVELAIRE.

Vu : le Doyen,

H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

Pour le Recteur :

L'Inspecteur d'Académie,

A. MAURELLET.

Bibliographie

- APPLETON (Vera B.). — Le progrès des œuvres d'hygiène en Chine. (*Bulletin international de Protection de l'enfance*. 28 fév. 1923.)
- ARMAND DELILLE. — Le Placement familial des nourrissons débiles à la campagne. (*Le Nourrisson*. 1920.)
- Rapport sur le fonctionnement de l'Œuvre Grancher. (Assemblées générales 1922, 1924, 1925, 1926.)
- L'insuffisance de la loi Roussel et le Rôle des centres d'élevage dans la lutte contre la mortalité infantile. (*La Revue philanthropique*. 15 juil. 1922.)
- L'Enfant né de parents tuberculeux. (Congrès international de Protection Mat. et Inf. Juil. 1922.)
- ARMAND DELILLE et LESTOCQUOY. — Faut-il donner la préférence et dans quelles conditions, aux pouponnières ou aux centres d'élevage ? (Association internationale de Protection de l'Enfance. 25 mai 1926. Rome.)
- AUBRUN. — Un bel exemple d'action départementale en matière d'hygiène sociale. (*Paris Médical*. 5 nov. 1927.)
- AVIRAGNET. — Allocutions aux Assemblées générales de l'Association du Travail et d'Assistance. (18. fév. 1926 ; 21 fév. 1927.)
- Contrôle de l'Elevage des nourrissons. (*Le Nourrisson*. Janv. 1913.)
- BATIER. — Le Rôle du corps médical en hygiène sociale. (Congrès de l'Alliance d'hygiène sociale. Strasbourg, sept. 1923.)
- BELIN. — Lutte contre la tuberculose en Alsace et en Lorraine. (Congrès de l'Alliance d'hygiène sociale. Strasbourg, sept. 1923.)
- BERNARD (Léon). — Allocution. (Assemblée générale de la Nouvelle-Etoile. 30 janv. 1921.)
- Rapports aux Assemblées générales du Placement familial des Tout-Petits. (30 janv. 1921 ; 2 fév. 1924 ; 23 fév. 1925 ; 1^{er} fév. 1926 ; 24 mars 1927 ; 6 fév. 1928.)
- La Préservation de la Première enfance contre la tuberculose par le Placement familial. (Congrès annuel d'hygiène. 1921.)
- BESSON (M^{me} le Dr). — Rapport à l'Assemblée générale de l'Aide aux Nourrissons. (7 mars 1925 ; 23 fév. 1926.)
- BOUCHACOURT. — Les Mises en nourrice à Paris. (*Bulletin international de la Protection de l'Enfance*. 30 juin 1917.)
- Mesures proposées au Congrès national de la Protection du Premier âge. (Bordeaux. 1913.)
- BOVERAT. — Le Fléau de la race blanche. La dénatalité en Allemagne. (*Pédiatrie*. Janv. 1929.)
- BRAUER. — Rôle des Institutions d'assurance sociale en matière d'hygiène sociale. (Congrès de l'Alliance d'hygiène sociale. Strasbourg, sept. 1923.)
- Bulletin de la Croix-Rouge française* (1922). — La Goutte de lait de Stamford.
- CALMETTE. — Allocution à l'Assemblée générale de l'Œuvre Grancher. (1925).

- CLASSOUTE, de Marseille. — Mortalité des Nourrissons à l'Hospice Dépositaire des Enfants assistés de Marseille en 1926. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 5 juil. 1927.)
- CAUSSADE et RÉMY. — Une pouponnière départementale d'Enfants assistés. (Congrès national d'assistance publique et privée, Nancy, oct. 1927.)
- CHAPIN (H. Dwight). — The relation between the child and Hospital social service. (Annual session of the American Mid. Ass. Boston, 1921.)
- The relations between Pediatric and general medicine. (*The Journal of the American Mid. Ass.* 14 april 1917.)
- The Operation of a Breast Milk Diary. (*Pediatric Soc. French Lick Springs*, 3 may 1923.)
- Family and Institution.
- The Speedwell Plan of Child Saving in theory and practice. (*The Survey*, oct. 1926, 11918.)
- *Annual report of the Speedwell Soc.* 1927.
- Alice Chapin Adoption Nursery. (*Annual report*, 1928.)
- CHATIN. — Mesures prophylactiques contre la broncho-pneumonie dans les maisons maternelles et dans les pouponnières. (*Journal de Médecine de Lyon*, 5 déc. 1925.)
- Les Visiteuses d'hygiène de l'Enfance. (Congrès international de protection maternelle et infantile, Juil. 1922.)
- COMBY. — Placement familial des Tout-Petits. (*Archives de Méd. des Enfants*, Avril 1923.)
- COUVELAIRE. — Le Nouveau-né issu de mère tuberculeuse. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 23 nov. 1926.)
- Essais d'organisation de la prophylaxie de la syphilis congénitale. (Conférence internationale de défense sociale contre la syphilis, Nancy, mai 1923.)
- Allocution à l'Assemblée générale de l'Œuvre de la Nouvelle-Etoile. (3 mars 1926.)
- Compte rendu de l'Union des Œuvres de l'Enfance du Havre*. (1922.)
- Congrès général de l'Enfant* (Genève, 1925) : D^r AFIÏ, Egypte; D^r CHALMERS, Angleterre; D^r POLLERMAN, Hongrie; D^r GROMSKI, Pologne; D^r INGERSLEV, Danemark; D^r MAC VEEN SAPHRO, U. S. A.; M^{me} le D^r VIVIER ROBERT, Alsace; M^{me} le D^r SILVERSTOLPE, Suède; M^{me} le D^r IMBODEN-KAISER, Suisse.
- CRÉPIN (Joseph). — La Chèvre contre la mortalité infantile. (*Congrès de Protection de l'Enfance*, 6 juil. 1922.)
- Daily Chronicle* (10 fév. 1923). — Les Enfants assistés en Angleterre.
- DAUTRY. — Les Cités-jardins du Chemin de fer du Nord. (*Congrès de l'Alliance d'hygiène sociale*, Strasbourg, sept. 1923.)
- DEBRÉ (Robert). — Prophylaxie de la tuberculose du nourrisson. (*Gazette Médicale de Nantes*, 1^{er} et 15 mai 1923.)
- Premiers résultats de la prophylaxie antituberculeuse chez le petit enfant par la séparation d'avec les parents tuberculeux et l'élevage en placement familial. (Assemblée générale de l'Œuvre du Placement familial des Tout-Petits, 23 fév. 1925.)
- DEBRÉ et LAPLANE. — Le Nourrisson issu des parents tuberculeux. (Travail du service du Prof. Léon Bernard.)
- DELAUNAY. — La Maternité.

- DELBECQ. — Rapport médical à l'Assemblée générale de l'Œuvre de la Nouvelle-Etoile. (16 mars 1924.)
- DESVENGES. — La participation des œuvres privées à l'assistance maternelle et infantile. (*Congrès international de Protection maternelle et infantile*. Juil. 1922.)
- DEVIN (Simonne). — Etude des Centres d'élevage de nourrissons. (Thèse 1924.)
- DUBOST (M^{me} René). — Conférence sur les Centres d'élevage, faite à l'Ecole de Puériculture. (15 mai 1926.)
- DUBOST, BLECHMAN et FRANÇOIS. — Le Centre rural d'élevage et de prophylaxie antituberculeuse pour nourrissons de Mainville-Draveil. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 18 juillet 1922.)
- DUCOUDRÉ. — L'Œuvre du placement familial des Tout-Petits. (Thèse de Paris, 1922.)
- DURAFOUR (ancien ministre). — Discours à l'Assemblée générale du Comité national de l'Enfance. (17 juin 1925.)
- GARDERE. — Les difficultés de l'élevage en commun des nourrissons dans les pouponnières. (*Journal de Médecine de Lyon*. 20 fév. 1926.)
- GAUJOUX. — Essai critique sur la Protection légale de la Maternité en France. (Thèse, 1923.)
- GORODETSKY (M^{me} le Dr). — La Protection Maternelle et Infantile en Russie soviétique. (Thèse, Paris 1928.)
- GONSE-BOAS (M^{me}). — Rapports aux Assemblées générales de la Nouvelle-Etoile des Petits Enfants de France. (29 juin 1916, 30 janv. 1921; 10 mars 1924; 3 mars 1926; 14 mars 1927; 19 mars 1928.)
- GOURMAND. — Rapport médical à l'Assemblée générale de la Nouvelle-Etoile. (30 janv. 1921; 14 mars 1927.)
- GRANCHER. — But et Fonctionnement de l'Œuvre Grancher. (Assemblée générale, 1907.)
- GROS (M^{lle}). — Maternités rurales et Petits centres de protection maternelle et infantile. (*Journal de Médecine de Paris*, 3 nov. 1927.)
- GUINON. — Pour les Petits privés du lait de leur mère. (*Revue de l'Enfance*, août 1923.)
- Centres d'élevage de nourrissons pour enfants privés du sein. (*Paris Médical*, 4 nov. 1922.)
- GUINON, RIBADEAU-DUMAS, VINCENT. — Un Centre d'élevage de nourrissons en placement familial à Mandres.
- HEUCQUEVILLE (D^r). — Les Moyens de lutter contre la séparation de la mère et de l'enfant.
- L'élevage en commun des nourrissons. Les Pouponnières. 1922.)
- HOCQUART (M^{me}). — Les Asiles d'allaitement. (*Congrès international de Protection maternelle et infantile*. Juil. 1922.)
- HUBER. — Allocution à l'Assemblée gén. de l'Association de Travail et d'Assistance. (18 fév. 1926.)
- HUDELO (M. Conseiller d'Etat). — Discours à l'Assemblée gén. de la « Nouvelle Etoile ». (16 mars 1924.)
- Allocution prononcée à l'Assemblée gén. de l'Association du Travail et d'Assistance. (28 fév. 1924.)
- JANET (H.). — Allocution Assemblée gén. du Travail et d'Assistance. Fonctionnement du centre de Chaumont. (18 fév. 1926, 21 fév. 1927.)
- Journal Officiel* (17 mars). — Allaitement maternel dans les Etablissements

industriels et commerciaux.

JEVENTUB. — Mortalité infantile et classes sociales. (*La Puériculture*, mai 1927.)

KLEIN (M^{lle} D.). — Rapport médical à l'Assemblée gén. de la Nouvelle-Etoile. (30 janv. 1921.)

LABBE. — Allocution Assemblée gén. de la Nouvelle-Etoile. (14 mars 1927.)

LABEAUME (Georgette). — La lutte contre la mortalité infantile. Comment établir les statistiques de mortalité infantile. (*Revue de l'Enfance*, juin 1928.)

— Hygiène sociale des enfants du premier âge (thèse).

LATIL (Jeanne). — Rapport pour la création à Marseille d'un centre d'élevage (1927).

LAURENT (Conseiller municipal). — Pour que vivent les tout-petits. Les centres d'élevage et l'A. P. de Paris. (*Le Matin*, 4 nov. 1925.)

LE BEAU. — Allocution à l'Assemblée gén. de l'Œuvre du Travail et d'Assistance. (19 fév. 1925.)

LEMIÈRE (de Lille). — Travail féminin et mortalité infantile.

LEREBoullet. — La protection contre les épidémies de l'enfance des familles nombreuses. (*Paris Médical*, 5 nov. 1927.)

— L'Hospice des Enfants-Assistés, 16, 38, 1911. (*Paris Médical*, 1911.)

LEREDU (ancien ministre). — Discours Assemblée gén. Nouvelle-Etoile (30 janvier 1921).

LESAGE. — Conférence sur les pouponnières. Hôpital Hérold. (15 mars 1922.)

LESNÉ. — Rapport médical. Assemblée gén. de la Nouvelle-Etoile. (19 mars 27.)

LETELIER. — La protection de l'ouvrière nourrice. (*Congrès Intern. de Protection maternelle et sociale*, juillet 1922.)

MARFAN. — Les Maisons maternelles. (*Le Nourrisson*, juillet 1922.)

MARFAN et ZUBER. — La Maison maternelle de Châtillon-sous-Bagneux. (*Acad. de Médecine*, 25 oct. 1927.)

MARQUIS. — Allocution, Assemblée gén. Association du Travail et d'Assistance. (28 fév. 1924.)

— Le rôle des consultations de nourrissons dans l'application des lois d'assistance. (*Congrès Internat. de protection maternelle et infant.*, juillet 1922.)

MATHON-MOTTE (M^{me}). — Au secours des mères et des enfants de Roubaix. (*Pages sociales*.)

MÉRY. — Rapport sur la mortalité infantile. (*Acad. de médecine*, 1922.)

MÉRY et RIBADEAU-DUMAS. — L'élevage des nourrissons en dehors de la famille. (*Congrès de l'Association des Pédiatres de langue française*, 10 juillet 1922.)

MONTLAUR (Jeanne). — Le problème des pupilles de l'Assistance publique. — Protection médicale et sociale. (*Musée social*, 12 fév. 1928.)

MOURIER (directeur de l'A. P.). — Allocution à l'Assemblée gén. du Travail et d'Assistance. (18 fév. 1926, 21 fév. 1927, 20 fév. 1928.)

NEPOTY. — Allocution, assemblée gén. de l'Association du Travail et d'Assistance. (18 fév. 1926.)

NOBÉCOURT. — Allocution Assemblée gén. de l'Association du Travail et d'Assistance. (19 fév. 1925.)

OUALID (William). — La crise de dénatalité en France. La situation en Alsace et en Lorraine. — *Congrès de l'Alliance d'Hygiène sociale de Strasbourg*. (Sept. 1923.)

- PALLU (M^{me}). — Hospitalisation des mères nourrices pendant la guerre. *Congrès Internat. de protection maternelle et infant.* (Juillet 1922.)
- PAPILLON. — Les remèdes actuellement employés contre la mortalité infantile sont nettement insuffisants. (*Le Journal*, 28 sept. 1927.)
- PARAF. — Le placement des enfants séparés. (*Revue d'Hygiène*, avril 1925.)
- PATERNE. — Des meilleurs moyens d'encourager et de développer l'allaitement maternel. (*Pédiatrie*, nov. 1928.)
- PAUCOT. — Les causes de l'interruption intempestive et prématurée de l'allaitement maternel. (*L'Echo Médical du Nord*.)
- POIRIER. — Pour sauver les nourrissons. Le centre d'élevage de Coutures. (*Revue de l'Enfance*.)
- Rapport Office départemental d'Hygiène Sociale de l'Oise (1927).
- REBEILLARD. — Rapport du Conseil général de la Seine (1928).
- RENAULT (Jules). — Les difficultés d'utiliser la plupart des statistiques. (*Académie de Médecine*.)
- Rapport sur les mémoires et ouvrages présentés en 1926 à la Commission permanente d'Hygiène de l'Enfance. (*Bulletin de l'Acad. de Méd.*, 11 janv. 1927.)
- RHEUTER. — Séparation de la mère et de l'enfant et les moyens de l'éviter. *Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française.* (Lyon, 30 sept. 1927.)
- RIST. — Allocution à l'Assemblée gén. du Placement Familial des Tout-Petits. 22 mars 1927.)
- ROHMER. — Lutte contre la mortalité infantile en Alsace. (*Congrès de l'Alliance d'Hygiène Sociale de Strasbourg*. (Sept. 1923.)
- ROUËCHE. — Les centres d'élevage. (*Le Service Social*, oct. 1927.)
- SAND (René). — Causerie à l'Assemblée gén. de la Nouvelle-Etoile (14 mars 1927.)
- SARRAUT (Albert). — Allocution à l'Assemblée gén. de la Nouvelle-Etoile (19 mars 1928.)
- SCHREIBER. — Rapport médical. Assemblée gén. de la Nouvelle-Etoile, (30 janv. 1921). — La réduction de la mortalité infantile par la création de visiteuses de nourrissons avec modifications de la loi Roussel, article 7. (*Acad. de Méd.*, 12 juin 1923.)
- Statistiques de mortalité infantile à Rome. (*La Pediatra*, 1926.)
- Statistiques de mortalité en Nouvelle Zélande. (*La Puériculture*, Déc. 1926.)
- Statistiques du Service de la statistique générale de la France (bulletin).
- Statistiques du Comité National de la défense contre la tuberculose (M. Moine).
- Statistique de la Mortalité Infantile. (*Bulletin de la Croix-Rouge française*, 1922.)
- Statistique de la Mortalité Infantile en Grande-Bretagne. (*Registrar general*, 1921.)
- Statistique de la Mortalité Infantile en Suède. (*Weeklez News Summary*. Washington, 6 janv. 1923.)
- STRAUSS (Paul). — Allocution, assemblée gén. de la Nouvelle-Etoile (14 mars 1929.)
- Natalité et mortalité en France et en Europe. (*Acad. de Méd.*, 10 janvier 1928.)
- Discours à l'assemblée gén. de l'Œuvre Grancher (1922).
- Discours à l'Assemblée gén. du Comité national de l'enfance. (17 déc. 1922 et 27 juin 1925.)
- TANON. — Hygiène et maladies infectieuses en 1925 et 1926. (*Revue Méd. Fr.*,

- fév. 1928.)
- THÉRONDE. — L'élevage en commun. *Congrès Internat. de Protection maternelle infant.* (Juil. 1922.)
- VEIL PICARD (M^{me}). — Les œuvres de protection de l'enfance en Seine-et-Oise (Rapport à l'Assemblée gén. du Comité National de l'Enfance, 17 juin 1925).
- VEIL-PICARD (Raoul). — Contribution à l'étude de la lutte contre la dépopulation. Les centres de Puériculture. (Thèse de Paris, 1927).
- VERCOULLIÉ (M^{me} D.). — Résultats d'élevage obtenus en 1926 à la pouponnière Madeleine-Callien de Gand. (Œuvre Nat. de l'Enfance, avril 1917.)
- VIARD (P.). — Notes sur le fonctionnement de la consultation de dépistage, de prophylaxie et de traitement des maladies héréditaires pendant l'année 1925. *Compte rendu assemblée gén.* Nouvelle-Etoile, 3 mars 1926).
- VIGNE et GARDERE. — La pouponnière municipale de Lyon.
- VINCENT (D.-G.). — Les centres d'élevage. *Revue de l'Enfance*, août 1926.)
- WALLICH. — Allocution à l'Assemblée gén. de la Nouvelle-Etoile (29 juin 1916, 30 janv. 1921).
- WALTER (Sj. PEIRIS). — Rapport sur la protection de l'Enfance de l'île de Ceylan. (*Bulletin Internat. de Protection de l'Enfance*, 28 fév. 1923.)
- WAYNBAUM (M.). — Les maisons maternelles. Thèse de Paris, 1928.
- YVER. — Rapport à l'Assemblée gén. de l'Aide aux nourrissons (7 mars 1925, 23 fév. 1926).
- ZIMMERN (M^{me}). — Centres surveillés d'élevage du nourrisson. (*Bulletin International de la protection de l'enfance*, 31 mars 1923.)
- Rapport sur les centres de nourrissons. *Congrès des Institutions d'Assistance et d'hygiène sociales*, 1^{er} au 7 juillet 1921, à Paris.)
 - Rapport sur les centres surveillés d'élevage des nourrissons à l'Assemblée Internat. de protection de l'enfance. (Genève, juillet 1923.)
- ZOLTAN DE BOSNYAK et C. EDEISHEIM-GYULAI. — Le droit de l'enfant abandonné et le système hongrois de protection de l'enfance.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	9
Chapitre premier.	
APERÇU GÉNÉRAL SUR LES RAPPORTS DE LA NATALITÉ ET DE LA MORTALITÉ INFANTILE EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.	11
Chapitre II.	
CAUSES DE LA DIMINUTION DU NOMBRE DES NAISSANCES.	14
Chapitre III.	
MOYENS DE LUTTER CONTRE LA DIMINUTION DU NOMBRE DES NAISSANCES.	15
Chapitre IV.	
CAUSES DE LA MORTALITÉ INFANTILE.	16
Chapitre V.	
FACTEURS INFLUENÇANT LA MORTALITÉ INFANTILE ET MOYENS D'Y REMÉDIER.	
Syphilis. Tuberculose	17
Mauvaises conditions matérielles et morales dans lesquelles se trouve souvent la femme enceinte. Recherche de la pater- nité; enfants illégitimes	19
Accouchement dans de mauvaises conditions. Milieu social. Ignorance	20
Lait. Logement	21
Climat. Travail de la femme	22
Separation de la mère et de l'enfant.	23
Chapitre VI.	
LES DIVERS MODS D'ÉLEVAGE DU NOURRISSON SÉPARÉ DE SA MÈRE.	
a) Nombre des enfants placés en nourrice.	24
b) Nombre des enfants abandonnés à l'Assistance publique.	25
A. — PLACEMENT CHEZ UNE NOURRICE ISOLÉE.	27
a) Nombre des nourrices au sein.	27
b) Mortalité des enfants placés par leurs parents chez une nour- rice isolée	28
c) Mortalité des Enfants Assistés.	29
d) Système hongrois	31
e) Causes de grande mortalité des enfants placés chez une nour- rice isolée	32
B. — PLACEMENT EN POUPONNIÈRE	34
a) Ce que coûte une pouponnière	36
b) Inconvénients des pouponnières.	37
c) La mortalité dans les pouponnières.	37

d) A quelle catégorie d'enfants doit être réservée la pouponnière.	38
C. — PLACEMENT DANS LES CENTRES DE PLACEMENT FAMILIAL.	
I. — Définition	41
II. — Organisation des centres de placement familial.	41
III. — Historique	42
IV. — Liste des centres	43
V. — Description de quelques centres.	49
Centre de Mandres	49
Centre de Linselles	52
Centre de Montmorency	54
VI. — Particularités de certains centres.	55
1) Groupement de plusieurs centres.	55
2) Association des centres avec une pouponnière.	55
3) Centres s'occupant de tous les nourrissons du pays : Centres d'hygiène	56
4) Service social annexé aux centres.	57
5) Pédiâtres consultants	57
6) Chambre de sevrage	58
7) Lait de femme	58
8) L'alimentation des nourrissons	59
9) Moyens de locomotion de l'infirmière.	59
10) Rayons ultra-violets	60
11) Pesée et consultation au domicile des nourrissons.	60
12) Centres fonctionnant en liaison avec un hôpital.	61
VII. — Conditions nécessaires à l'établissement et au bon fonctionnement d'un centre	61
VIII. — Les centres d'élevage à l'étranger.	68
IX. — Prix de revient des centres.	69
X. — Les moyens d'existence des centres.	71
XI. — Enregistrement du fonctionnement des centres.	74
XII. — Enregistrement des frais	77
XIII. — La mortalité dans les centres.	78
XIV. — Morbidité et causes de mort dans les centres. Etat sanitaire.	80
XV. — Critique des statistiques de mortalité.	82
CONCLUSIONS.	85
BIBLIOGRAPHIE	87
TABLE	93

